

Ligne directrice sur l'admissibilité

Fasciite plantaire

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : février 2005

Code [CIM-11](#) : FB40.1

Code médical d'ACC : 01328 fasciite plantaire

Définition

La **fasciite plantaire** est une cause courante de douleur au talon caractérisée plus particulièrement par une talalgie plantaire avec sensibilité du tubercule médial du calcaneum et des symptômes qui sont le plus perceptibles à la première mise en charge le matin ou après une période de repos. La douleur est souvent décrite comme étant vive, en évolution et, dans les cas graves, irradiant dans la voûte et jusque dans l'avant-pied.

Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), sont considérés comme des diagnostics de fasciite plantaire les diagnostics suivants :

- enthésopathie de l'aponévrose plantaire
- fasciose plantaire
- épine calcanéenne.

Norme diagnostique

Le diagnostic d'un médecin compétent en la matière, d'une infirmière praticienne ou d'un adjoint au médecin (agissant dans le cadre de son champ d'exercice) est requis.

La fasciite plantaire est un diagnostic clinique posé en fonction d'antécédents et d'un examen physique ayant révélé les caractéristiques suivantes :

- talalgie plantaire ressentie plus particulièrement aux premiers pas après une période d'inactivité, mais également à la suite d'une mise en charge prolongée
- talalgie déclenchée par l'augmentation récente d'activités avec mise en charge
- douleur à la palpation de l'insertion proximale de l'aponévrose plantaire

- résultat positif au test de windlass
- résultat négatif au test de Tinel
- limitation de l'amplitude active et passive de la dorsiflexion de l'articulation tibio-tarsienne
- score faible à l'index de posture du pied
- indice de masse corporelle élevé (IMC) chez une personne n'ayant pas un physique athlétique.

Les examens par imagerie ne sont généralement pas indiqués chez les personnes qui répondent aux critères d'examen clinique pour la fasciite plantaire tant que les traitements conservateurs n'échouent pas. Une talalgie rebelle nécessite une évaluation diagnostique plus approfondie, qui peut comprendre certains des examens suivants :

- examen radiologique des éventuelles lésions osseuses
- imagerie par résonance magnétique (IRM) d'exclusion des lésions osseuses ou des tissus mous
- électromyographie (EMG) de détection du syndrome du canal tarsien
- scintigraphie osseuse des éventuelles fractures de fatigue ou infections
- tomodensitométrie (TDM) d'évaluation de la présence éventuelle d'arthrose de l'articulation sous-talienne, d'un kyste osseux du calcanéum et de fractures de fatigue
- enregistrement de l'indice brachial de la cheville et du pouls aux fins d'évaluation de la présence éventuelle d'artérites des membres inférieurs.

Remarque : Pour les besoins d'Anciens Combattants Canada (ACC), des résultats d'imagerie pertinents peuvent être fournis, mais ne sont pas requis.

Anatomie et physiologie

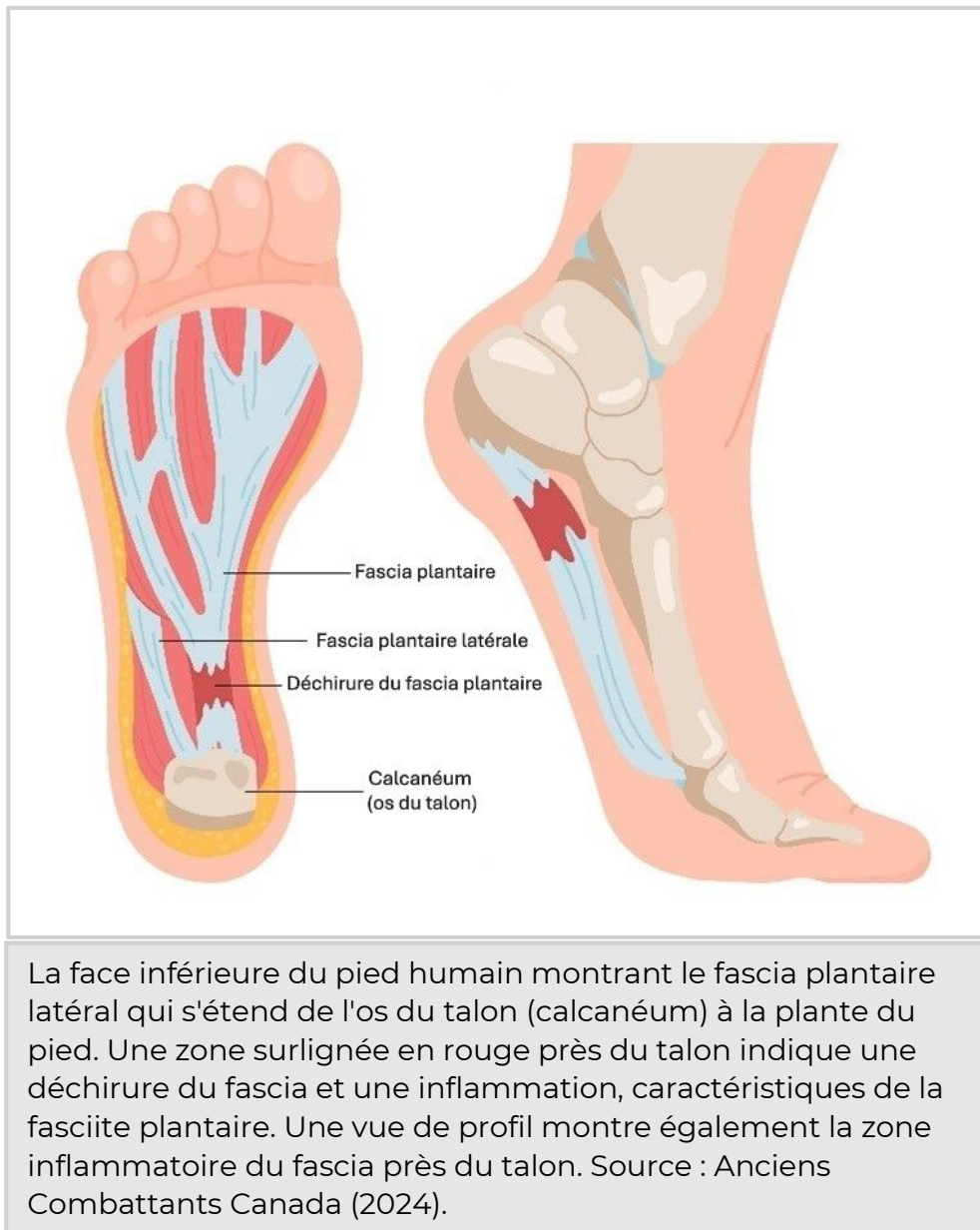
L'aponévrose plantaire est une solide bande de tissus fibreux qui s'étend de la tubérosité calcanéenne à la gaine tendineuse des fléchisseurs, à l'avant-pied ([Figure 1: Fasciite plantaire](#)). L'aponévrose plantaire comprend trois segments et part de l'arrière-pied, offrant un support essentiel à la voûte et servant d'amortisseur. Le mécanisme du treuil désigne le rôle de l'aponévrose plantaire dans le support de la voûte plantaire et fait référence à l'effet de levier créé par la dorsiflexion des orteils, qui entraîne l'étirement de l'aponévrose plantaire et accentue la voûte plantaire.

Figure 1 : Fasciite plantaire



La fasciite plantaire est dans bien des cas une lésion due à des mouvements répétitifs, c'est-à-dire à une surcharge répétée ayant provoqué des microdéchirures de l'aponévrose plantaire; elle peut aussi découler d'un traumatisme ou d'autres causes multifactorielles ([Figure 2 : Aponévrose plantaire déchirée](#)). Il n'est pas rare de trouver des épines calcanéennes chez les personnes ayant des antécédents de fasciite plantaire, mais il n'y a pas vraiment de corrélation entre celles-ci et les symptômes de la fasciite plantaire. Bien que des épines calcanéennes puissent se former en présence de la fasciite plantaire, elles n'en sont pas la cause.

Figure 2 : Déchirure du fascia plantaire



Il existe de nombreux facteurs de risque de fasciite plantaire, que l'on peut résumer comme suit : facteurs de risque de lésion due aux mouvements répétitifs ou de microtraumatismes répétés (course, activités sportives, entraînement), facteurs de risque mécaniques (chaussures inadéquates, pieds plats, pieds tournés vers l'extérieur, pieds creux), facteurs de risque dégénératifs (âge, atrophie du coussinet adipeux du talon) et facteurs de risque inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, goutte et spondylarthrite ankylosante).

Caractéristiques cliniques

La plus importante caractéristique clinique de la fasciite plantaire est la douleur dans la portion antéro-médiale du talon, douleur souvent insidieuse au début, puis évolutive. La douleur est habituellement aiguë lorsque la personne se lève le matin ou commence à bouger après une période d'inactivité (on l'appelle alors « douleur de mise en route »). La douleur peut s'aggraver à mesure que la journée avance, après une longue période debout et lorsque la personne marche pieds nus ou sur la demi-pointe ou lorsqu'elle monte un escalier. La douleur disparaît habituellement avec le repos. Certaines personnes peuvent avoir des sensations de brûlure ou de picotement et une douleur vive au talon. La gêne ressentie peut toucher n'importe quelle partie de la plante du pied.

À la palpation, la douleur est souvent circonscrite à la portion antéro-médiale du talon. On remarque parfois une évolution mécanique du pied, par exemple la présence de pieds plats, de pieds creux (voûte élevée), d'un tendon d'Achille serré ou d'une modification de l'amplitude de mouvement du premier rayon (premier métatarsien), de l'articulation astragalo-calcaneéenne ou de l'articulation médiotarsienne.

Les facteurs qui peuvent influencer ou déclencher l'apparition de la douleur sont la structure du pied (pieds creux ou pieds plats), une surpronation, une voûte qui roule vers l'intérieur et l'affaissement de la face médiale de la voûte, le resserrement ou la faiblesse des muscles jumeaux de la jambe, du muscle soléaire ou du tendon d'Achille, l'excès de poids, certains types de travaux, les chaussures mal ajustées et l'augmentation soudaine de l'activité ou l'entraînement excessif. Il arrive que la fasciite plantaire guérisse spontanément, et 80 % des cas guérissent en moins d'un an.

La fasciite plantaire est la cause la plus courante de douleur au talon. Jusqu'à 15 % des blessures aux pieds dans la population générale et 17 % des blessures aux pieds dans la population des coureurs sont attribuées à la fasciite plantaire. Des adultes de tous âges en sont atteints, et les gens du groupe des 40 à 60 ans sont les plus touchés. Les adultes de sexe féminin présentent cette affection dans une proportion deux fois plus élevée que les adultes de sexe masculin; chez les jeunes, les personnes des deux sexes sont touchées dans la même proportion. La fasciite plantaire est bilatérale dans le tiers des cas. Chez les militaires, être de sexe féminin ou d'origine ethnique noire, avoir un grade de sous-officier et servir dans l'armée sont des situations qui ont été identifiées comme des facteurs de risque de fasciite plantaire.

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Aux fins de l'admissibilité à 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. Avoir subi un **traumatisme** de la plante du pied avant l'apparition clinique ou l'aggravation de la fasciite plantaire. Pour que le traumatisme soit considéré comme ayant causé ou aggravé la fasciite plantaire, les observations suivantes doivent être faites :
 - sensibilité, douleur, enflure, décoloration, réduction de la mobilité ou tout autre signe ou symptôme pertinent à la plante du pied dans les sept jours qui suivent la blessure, et
 - manifestation continue ou intermittente des signes et symptômes entre le moment du traumatisme et le moment du diagnostic.
2. Avoir une **anomalie biomécanique du pied** au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de la fasciite plantaire. Le terme « anomalie biomécanique » désigne toute lésion ou maladie ayant entraîné une cou ou une sous-pronation, ou encore une diminution de souplesse de la cheville ou de l'avant-pied. Cela comprend entre autres les pieds plats, les pieds creux, un tendon d'Achille tendu entraînant une dorsiflexion inadéquate, une faiblesse des muscles fléchisseurs plantaires et une pronation chronique du pied.
3. Avoir été atteint, avant l'apparition clinique ou l'aggravation des symptômes de fasciite plantaire, d'une forme **d'arthrite systémique**, par exemple :
 - la [spondylarthrite ankylosante](#)
 - l'arthrite associée à une maladie inflammatoire de l'intestin (arthrite entéropathique)
 - le rhumatisme psoriasique

- le syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter
 - la [polyarthrite rhumatoïde](#)
 - une arthropathie microcristalline (par exemple la goutte ou la pseudogoutte).
4. Avoir eu une **lésion due à des mouvements répétitifs** à la plante du pied dans les deux mois avant l'apparition clinique ou l'aggravation de la fasciite plantaire. Les lésions dues à des mouvements répétitifs touchent la plante du pied et sont causées par une force physique ou mécanique externe.

Voici des exemples de situations à l'origine de lésions dues à des mouvements répétitifs :

- augmentation de la fréquence ou de l'intensité de la course, du jogging ou de l'entraînement
 - participation à des exercices de marche militaire
 - activités exigeant une mise en charge répétitive ou prolongée
 - augmentation de la fréquence, de la durée ou de l'intensité de la mise en charge.
5. Le fait d'avoir porté **des chaussures mal ajustées avec un amorti ou rembourrage (coussinage) inadéquat** pendant un exercice qui exige la mise en charge du pied maintenant touché dans les sept jours avant l'apparition clinique ou l'aggravation de la fasciite plantaire.
6. Souffrir **d'obésité de classe 3/obésité sévère** (avoir un indice de masse corporelle [IMC] de 40 ou plus) au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de la fasciite plantaire.
7. Incapacité d'obtenir un **traitement médical approprié** de la fasciite plantaire.

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 de la fasciite plantaire.

- Épines calcanéennes
- [Pied plat](#)
- Bursite calcanéenne chronique
- Pied creux
- Pied bot
- Foulure ou entorse chronique au pied

Section C : Affections courantes pouvant découler en totalité ou en partie d'une fasciite plantaire 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, il est recommandé de consulter un consultant en prestations d'invalidité ou un conseiller médical.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Pied plat – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Polyarthrite rhumatoïde – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Spondylarthrite ankylosante – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance - Politiques](#)
- [Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne - 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

Arslan, I. G., Dijkma, I., van Etten-Jamaludin, F. S., Lucas, C., & Stuiver, M. M. (2021).

Nonexercise Interventions for Prevention of Musculoskeletal Injuries in Armed Forces: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of*

Preventive Medicine, 60(2), e73–e84.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.08.007>

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2003). Statement of principles concerning plantar fasciitis, reasonable hypothesis, No 47 of 2003.

[SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government, Repatriation Medical Authority. (2003). Statement of principles concerning plantar fasciitis, balance of probabilities, No 48 of 2003.

[SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government Repatriation Medical Authority. *Statement of Principles concerning plantar fasciitis (Balance of Probabilities) (No. 83 of 2023)*. [SOPs -](#)

[Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government Repatriation Medical Authority. *Statement of Principles concerning plantar fasciitis (Reasonable Hypothesis) (No. 82 of 2023)*. [SOPs -](#)

[Repatriation Medical Authority](#)

Baxter, M. L., Baycroft, C., & Baxter, G. D. (2011). Lower Limb Injuries in Soldiers:

Feasibility of Reduction Through Implementation of a Novel Orthotic

Screening Protocol. *Military Medicine*, 176(3), 291–296.

<https://doi.org/10.7205/MILMED-D-10-00352>

Bonanno, D. R., Murley, G. S., Munteanu, S. E., Landorf, K. B., & Menz, H. B. (2018).

Effectiveness of foot orthoses for the prevention of lower limb overuse injuries in naval recruits: A randomised controlled trial. *British Journal of Sports*

Medicine, 52(5), 298–302. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2017-098273>

Bracker, M. D. (2012). *The 5-Minute Sports Medicine Consult: Second Edition*.

Buchanan, B. K., Sina, R. E., & Kushner, D. (2024). Plantar Fasciitis. In *StatPearls*.

StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431073/>

Butterworth, P. A., Landorf, K. B., Smith, S. E., & Menz, H. B. (2012). The association between body mass index and musculoskeletal foot disorders: A systematic review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(7), 630–642. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.00996.x>

Carden, P. P. J., Izard, R. M., Greeves, J. P., Lake, J. P., & Myers, S. D. (2015). Force and acceleration characteristics of military foot drill: Implications for injury risk in recruits. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 1(1), bmjsem-2015-000025. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2015-000025>

Choudhary, R., & Kunal, K. (2021). Modifiable Risk Factors of Plantar Fasciitis in Non-Athletic Patients and Proposal of a New Objective Assessment System—RKISP. *Revista Brasileira De Ortopedia*, 56(3), 368–371. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716762>

Fenn, B. P., Song, J., Casey, J., Waryasz, G. R., DiGiovanni, C. W., Lubberts, B., & Guss, D. (2021). Worldwide epidemiology of foot and ankle injuries during military training: A systematic review. *BMJ Military Health*, 167(2), 131–136. <https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2020-001591>

Flores, D. V., Goes, P. K., Damer, A., & Huang, B. K. (2024). The Heel Complex: Anatomy, Imaging, Pathologic Conditions, and Treatment. *RadioGraphics*, 44(4), e230163. <https://doi.org/10.1148/rq.230163>

Franklyn-Miller, A., Bilzon, J., Wilson, C., & McCrory, P. (2014). Can RSScan footscan(®) D3D™ software predict injury in a military population following plantar

pressure assessment? A prospective cohort study. *Foot (Edinburgh, Scotland)*, 24(1), 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.foot.2013.11.002>

Franklyn-Miller, A., Wilson, C., Bilzon, J., & McCrory, P. (2011). Foot orthoses in the prevention of injury in initial military training: A randomized controlled trial. *The American Journal of Sports Medicine*, 39(1), 30–37. <https://doi.org/10.1177/0363546510382852>

Fraser, J. J., Pommier, R., MacGregor, A. J., Silder, A., & Sander, T. C. (2022). Does policy that provides choice in athletic footwear affect musculoskeletal injury risk in US Coast Guard recruits? *BMJ Military Health*, e002211. <https://doi.org/10.1136/military-2022-002211>

Fredette, M. A., Roy, J.-S., Esculier, J.-F. O., & Perreault, K. (2021). Most Military Runners Report Recent Changes in Running Parameters Before Lower Limb Injury Onset. *Military Medicine*, 186(11–12), e1140–e1148. <https://doi.org/10.1093/milmed/usaa524>

Glazer, J. L. (2009). An approach to the diagnosis and treatment of plantar fasciitis. *The Physician and Sportsmedicine*, 37(2), 74–79. <https://doi.org/10.3810/psm.2009.06.1712>

Hamstra-Wright, K. L., Huxel Bliven, K. C., Bay, R. C., & Aydemir, B. (2021). Risk Factors for Plantar Fasciitis in Physically Active Individuals: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Health*, 13(3), 296–303. <https://doi.org/10.1177/1941738120970976>

Harutaichun, P., Boonyong, S., & Pensri, P. (2019). Predictors of plantar fasciitis in Thai novice conscripts after 10-week military training: A prospective study. *Physical Therapy in Sport: Official Journal of the Association of Chartered*

Physiotherapists in Sports Medicine, 35, 29–35.

<https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2018.10.004>

Harutaichun, P., Boonyong, S., & Pensri, P. (2021). Differences in lower-extremity kinematics between the male military personnel with and without plantar fasciitis. *Physical Therapy in Sport: Official Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Sports Medicine*, 50, 130–137.

<https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2021.04.007>

Hawke, F., Burns, J., Radford, J. A., & du Toit, V. (2008). Custom-made foot orthoses for the treatment of foot pain. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD006801. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006801.pub2>

Helton, G. L., Cameron, K. L., Zifchock, R. A., Miller, E., Goss, D. L., Song, J., & Neary, M. T. (2019). Association Between Running Shoe Characteristics and Lower Extremity Injuries in United States Military Academy Cadets. *The American Journal of Sports Medicine*, 47(12), 2853–2862.

<https://doi.org/10.1177/0363546519870534>

Irving, D. B., Cook, J. L., Young, M. A., & Menz, H. B. (2007). Obesity and pronated foot type may increase the risk of chronic plantar heel pain: A matched case-control study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 8, 41.

<https://doi.org/10.1186/1471-2474-8-41>

Kakouris, N., Yener, N., & Fong, D. T. P. (2021). A systematic review of running-related musculoskeletal injuries in runners. *Journal of Sport and Health Science*, 10(5), 513–522. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2021.04.001>

- Kelly, J. L., & Valier, A. R. (2018). The Use of Orthotic Insoles to Prevent Lower Limb Overuse Injuries: A Critically Appraised Topic. *Journal of Sport Rehabilitation*, 27(6), 591–595. <https://doi.org/10.1123/jsr.2016-0142>
- Khired, Z., Najmi, M. H., Akkur, A. A., Mashhour, M. A., & Bakri, K. A. (2022). The Prevalence and Risk Factors of Plantar Fasciitis Amongst the Population of Jazan. *Cureus*, 14(9), e29434. <https://doi.org/10.7759/cureus.29434>
- Kibler, W. B., Herring, S. A., & Press, J. M. (Eds.). (1998). *Functional rehabilitation of sports and musculoskeletal injuries*. Aspen.
- Klein, S. E., Dale, A. M., Hayes, M. H., Johnson, J. E., McCormick, J. J., & Racette, B. A. (2012). Clinical presentation and self-reported patterns of pain and function in patients with plantar heel pain. *Foot & Ankle International*, 33(9), 693–698. <https://doi.org/10.3113/FAI.2012.0693>
- Knobloch, K., Yoon, U., & Vogt, P. M. (2008). Acute and overuse injuries correlated to hours of training in master running athletes. *Foot & Ankle International*, 29(7), 671–676. <https://doi.org/10.3113/FAI.2008.0671>
- Koc, T. A., Bise, C. G., Neville, C., Carreira, D., Martin, R. L., & McDonough, C. M. (2023). Heel Pain - Plantar Fasciitis: Revision 2023. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 53(12), CPG1–CPG39. <https://doi.org/10.2519/jospt.2023.0303>
- Labovitz, J. M., Yu, J., & Kim, C. (2011). The role of hamstring tightness in plantar fasciitis. *Foot & Ankle Specialist*, 4(3), 141–144. <https://doi.org/10.1177/1938640010397341>

Latt, L. D., Jaffe, D. E., Tang, Y., & Taljanovic, M. S. (2020). Evaluation and Treatment of Chronic Plantar Fasciitis. *Foot & Ankle Orthopaedics*, 5(1), 2473011419896763.

<https://doi.org/10.1177/2473011419896763>

Littlejohn, B. (2024). From Heel to Toe: Investigating Plantar Fasciitis Causes, Diagnosis, and Treatment Strategies. *Digital Commons*.

Lopes, A. D., Hespanhol Júnior, L. C., Yeung, S. S., & Costa, L. O. P. (2012). What are the main running-related musculoskeletal injuries? A Systematic Review. *Sports Medicine (Auckland, N.Z.)*, 42(10), 891–905. <https://doi.org/10.1007/BF03262301>

Lotke, P. A., Abboud, J. A., & Ende, J. (2014). *Lippincott's primary care orthopaedics* (2nd edition, 1-1 ressource en ligne : illustrations en partie en couleur). Lippincott Williams & Wilkins; WorldCat.

Lovalekar, M., Johnson, C. D., Eagle, S., Wohleber, M. F., Keenan, K. A., Beals, K., Nindl, B. C., & Connaboy, C. (2018). Epidemiology of musculoskeletal injuries among US Air Force Special Tactics Operators: An economic cost perspective. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 4(1), e000471. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2018-000471>

Mahmood, S., Huffman, L. K., & Harris, J. G. (2010). Limb-length discrepancy as a cause of plantar fasciitis. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 100(6), 452–455. <https://doi.org/10.7547/1000452>

Mansur, H., Ferreira, G. F., Ferreira-Junior, J. B., de Araújo, B. A. S., & Maranhão, D. A. (2024). Leg length discrepancy is not a risk factor for plantar fasciitis. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 144(4), 1485–1490. <https://doi.org/10.1007/s00402-024-05197-6>

Martin, R. L., Davenport, T. E., Reischl, S. F., McPoil, T. G., Matheson, J. W., Wukich, D. K., McDonough, C. M., Altman, R. D., Beattie, P., Cornwall, M., Davis, I., DeWitt, J., Elliott, J., Irrgang, J. J., Kaplan, S., Paulseth, S., Torburn, L., Zachazewski, J., & Godges, J. J. (2014). Heel Pain—Plantar Fasciitis: Revision 2014. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(11), A1–A33.

<https://doi.org/10.2519/jospt.2014.0303>

Mattila, V. M., Sillanpää, P. J., Salo, T., Laine, H.-J., Mäenpää, H., & Pihlajamäki, H. (2011). Can orthotic insoles prevent lower limb overuse injuries? A randomized-controlled trial of 228 subjects. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 21(6), 804–808. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01116.x>

Nesterovica, D., Vaivads, N., & Stepens, A. (2021). Relationship of footwear comfort, selected size, and lower leg overuse injuries among infantry soldiers. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 952. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04839-9>

Nesterovica, D., Vaivads, N., & Stepens, A. (2023). Increased Barefoot Stride Variability Might Be Predictor Rather than Risk Factor for Overuse Injury in the Military. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6449. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156449>

Noriega, D. C., Cristo, Á., León, A., García-Medrano, B., Caballero-García, A., & Córdova-Martinez, A. (2022). Plantar Fasciitis in Soccer Players-A Systemic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14426. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114426>

Orr, R., Maupin, D., Palmer, R., Canetti, E. F. D., Simas, V., & Schram, B. (2022). The Impact of Footwear on Occupational Task Performance and Musculoskeletal Injury Risk: A Scoping Review to Inform Tactical Footwear. *International*

Journal of Environmental Research and Public Health, 19(17), 10703.

<https://doi.org/10.3390/ijerph191710703>

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., & Millennium Cohort Study Team. (2013). Risk Factors for Lower Extremity Tendinopathies in Military Personnel.

Orthopaedic Journal of Sports Medicine, 1(1), 2325967113492707.

<https://doi.org/10.1177/2325967113492707>

Paradise, S. L., Beer, J. R., Cruz, C. A., Fechner, K. M., MacGregor, A. J., & Fraser, J. J.

(2024). Prescribed footwear and orthoses are not prophylactic in preventing lower extremity injuries in military tactical athletes: A systematic review with meta-analysis. *BMJ Military Health*, 170(1), 64–71.

<https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2021-001955>

Pasquina, P. F., Griffin, S. C., Anderson-Barnes, V. C., Tsao, J. W., & O'Connor, F. G.

(2013). Analysis of injuries from the Army Ten Miler: A 6-year retrospective review. *Military Medicine*, 178(1), 55–60. [https://doi.org/10.7205/milmed-d-11-](https://doi.org/10.7205/milmed-d-11-00447)

[00447](https://doi.org/10.7205/milmed-d-11-00447)

Pereira-Barriga, M. C., Borrero-Hernández, J. M., García-Iglesias, J. J., López-López, D.,

Ruiz-Frutos, C., Allande-Cussó, R., & Gómez-Salgado, J. (2024). A review of the injuries caused by occupational footwear. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 74(3), 218–224. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae003>

Pohl, M. B., Hamill, J., & Davis, I. S. (2009). Biomechanical and anatomic factors

associated with a history of plantar fasciitis in female runners. *Clinical Journal of Sport Medicine: Official Journal of the Canadian Academy of Sport*

Medicine, 19(5), 372–376. <https://doi.org/10.1097/JSM.0b013e3181b8c270>

Rhim, H. C., Kwon, J., Park, J., Borg-Stein, J., & Tenforde, A. S. (2021). A Systematic Review of Systematic Reviews on the Epidemiology, Evaluation, and Treatment of Plantar Fasciitis. *Life (Basel, Switzerland)*, 11(12), 1287.

<https://doi.org/10.3390/life11121287>

Riddle, D. L., Pulisic, M., Pidcoe, P., & Johnson, R. E. (2003). Risk factors for Plantar fasciitis: A matched case-control study. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 85(5), 872–877. [https://doi.org/10.2106/00004623-](https://doi.org/10.2106/00004623-200305000-00015)

[200305000-00015](https://doi.org/10.2106/00004623-200305000-00015)

Robinson, M., Siddall, A., Bilzon, J., Thompson, D., Greeves, J., Izard, R., & Stokes, K. (2016). Low fitness, low body mass and prior injury predict injury risk during military recruit training: A prospective cohort study in the British Army. *BMJ Open Sport & Exercise Medicine*, 2(1), e000100. [https://doi.org/10.1136/bmjsem-](https://doi.org/10.1136/bmjsem-2015-000100)

[2015-000100](https://doi.org/10.1136/bmjsem-2015-000100)

Ross, J. (1993). A review of lower limb overuse injuries during basic military training. Part 1: Types of overuse injuries. *Military Medicine*, 158(6), 410–415.

Sahin, N., Oztürk, A., & Atıcı, T. (2010). Foot mobility and plantar fascia elasticity in patients with plantar fasciitis. *Acta Orthopaedica Et Traumatologica Turcica*, 44(5), 385–391. <https://doi.org/10.3944/AOTT.2010.2348>

Scher, D., Belmont, P. J., & Owens, B. D. (2010). The Epidemiology of Plantar Faciitis. *Lower Extremity Review*.

Scher, D. L., Belmont, P. J., Bear, R., Mountcastle, S. B., Orr, J. D., & Owens, B. D. (2009). The incidence of plantar fasciitis in the United States military. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 91(12), 2867–2872.

<https://doi.org/10.2106/JBJS.I.00257>

Schoenfeld, A. J., Blauwet, C. A., & Katz, J. N. (Eds.). (2021). *Principles of Orthopedic Practice for Primary Care Providers*. Springer International Publishing.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-74625-4>

Sobhani, S., Dekker, R., Postema, K., & Dijkstra, P. U. (2013). Epidemiology of ankle and foot overuse injuries in sports: A systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 23(6), 669–686. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2012.01509.x>

Speed, C., Hazleman, B., & Dalton, S. (2006). *Fast Facts: Soft Tissue Disorders*. S.

Karger AG. <https://doi.org/10.1159/isbn.978-1-905832-27-9>

Sung, K.-C., Chung, J.-Y., Feng, I.-J., Yang, S.-H., Hsu, C.-C., Lin, H.-J., Wang, J.-J., & Huang, C.-C. (2020). Plantar fasciitis in physicians and nurses: A nationwide population-based study. *Industrial Health*, 58(2), 153–160.

<https://doi.org/10.2486/indhealth.2019-0069>

Taanila, H., Suni, J. H., Kannus, P., Pihlajamäki, H., Ruohola, J.-P., Viskari, J., & Parkkari, J. (2015). Risk factors of acute and overuse musculoskeletal injuries among young conscripts: A population-based cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 16, 104. <https://doi.org/10.1186/s12891-015-0557-7>

Tenforde, A. S., Sayres, L. C., McCurdy, M. L., Collado, H., Sainani, K. L., & Fredericson, M. (2011). Overuse injuries in high school runners: Lifetime prevalence and prevention strategies. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 3(2), 125–131; quiz 131. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2010.09.009>

Thomas, J. L., Christensen, J. C., Kravitz, S. R., Mendicino, R. W., Schuberth, J. M., Vanore, J. V., Weil, L. S., Zlotoff, H. J., Bouché, R., & Baker, J. (2010). The Diagnosis and Treatment of Heel Pain: A Clinical Practice Guideline–Revision 2010. *The*

Journal of Foot and Ankle Surgery, 49(3), S1–S19.

<https://doi.org/10.1053/j.jfas.2010.01.001>

Umar, H., Idrees, W., Umar, W., Khalil, A., & Rizvi, Z. A. (2022). Impact of routine footwear on foot health: A study on plantar fasciitis. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(7), 3851–3855.

https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_637_21

Veterans Affairs Canada (2024). *Plantar Fasciitis*. License purchased for use from

https://www.123rf.com/photo_201620631_plantar-fasciitis-plantar-fascia-inflammation-or-tearing-disorder.html

Veterans Affairs Canada (2024). *Torn Plantar Fascia*. License purchased for use from

https://www.123rf.com/photo_82435631_plantar-fascitis.html

Waclawski, E. R., Beach, J., Milne, A., Yacyshyn, E., & Dryden, D. M. (2015). Systematic review: Plantar fasciitis and prolonged weight bearing. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 65(2), 97–106.

<https://doi.org/10.1093/occmed/kqu177>

Wardle, S. L., & Greeves, J. P. (2017). Mitigating the risk of musculoskeletal injury: A systematic review of the most effective injury prevention strategies for military personnel. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 20 Suppl 4, S3–

S10. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2017.09.014>

Werner, R. A., Gell, N., Hartigan, A., Wiggerman, N., & Keyserling, W. M. (2010). Risk

factors for plantar fasciitis among assembly plant workers. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 2(2), 110–116; quiz 1 p following

167. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.11.012>

Whittle, R. S. (2022). Distance travelled by military recruits during basic training is a significant risk factor for lower limb overuse injury. *BMJ Military Health*, 168(5), 343–348. <https://doi.org/10.1136/bmjmilitary-2020-001445>

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>

Yoon, Y. S., An, D. H., Lee, Y. J., Lee, D. Y., & Kyung, M. G. (2024). Comparison of in-shoe plantar pressure between Korean combat boots and running shoes. *BMJ Military Health*, e002592. <https://doi.org/10.1136/military-2023-002592>