Réparation tendon d'Achille

Dr David Blanchette – Dr Patrick Lavigne
Dr Benjamin Léger-St-Jean – Dr Alexis Rousseau-Saine

Lignes directrices pour le suivi post-opératoire en physiothérapie

Structures touchées : Tendon d'Achille
Port botte de marche : 8 semaines, avec ajustement progressivement de la flexion dorsale

Progression de la flexion dorsale et de la mise en charge :

- 1-2e semaine post-opératoire : 15° (ou 2 cm de talonnette) **sans** mise en charge
- 3e semaine post-opératoire : 15° (ou 2 cm de talonnette) avec mise en charge
- 4e semaine post-opératoire : 10° (ou 1 cm de talonnette) avec mise en charge
- 5e semaine post-opératoire : 5° (ou 1 cm de talonnette) avec mise en charge
- 6e semaine post-opératoire : 0° (absence de talonnette) avec mise en charge.
  Viser le retrait progressif des béquilles
- 8e semaine post-opératoire : retrait de la botte de marche

Contre-indications :

Pour 6 semaines : Aucune mobilité active en flexion dorsale > 0°
Aucune mobilisation passive en flexion dorsale

Pour 12 semaines : Aucun renforcement en flexion plantaire en mise en charge (MEC)

Phase 1 (0-2 semaines) Protection
But : Protéger la chirurgie, diminuer la douleur et l'inflammation, prévenir la perte de force musculaire

- Éducation sur les contre-indications/précautions, posture, positionnement, hygiène, réassurance et débuter programme d'exercices à domicile
- Modalités antalgiques
- Surveiller la guérison des cicatrices
- Mobilisation et désensibilisation des cicatrices au besoin lorsque complètement fermées
- Débuter renforcement des régions proximales avec botte de marche (ex: isométrique hanche et genou, SLR)

Critère pour passer à la phase suivante :

- Douleur bien contrôlée

Phase 2 (2 à 6 semaines) Mobilité

But : Récupérer mobilité, initier renforcement musculaire

- Débuter mobilité active et passive en inversion et éversion de la cheville
- Débuter mobilité active en flexion dorsale avec genou fléchi à 90° sans dépasser 0°
- Débuter mobilité active-assistée et passive en flexion plantaire.
    - Progresser avec la mobilité active en flexion plantaire (**à partir de la 4e semaine**).
- Débuter renforcement isométrique flexion dorsale-inversion-éversion (**à partir de la 4e semaine**)

Critères pour passer à la phase suivante :

- Douleur bien contrôlée
- Mobilité active neutre (0°) en FD avec le genou fléchi

Phase 3 (6 à 12 semaines) Mobilité/Renforcement

But : Augmenter la mobilité de la cheville, augmenter la force musculaire, améliorer le patron de marche, améliorer la fonction

- Débuter renforcement isométrique en flexion plantaire
- Débuter la mobilité passive de la cheville en flexion dorsale avec le genou fléchi. Augmenter progressivement l'extension du genou pendant la mobilisation passive.
- Retrait de la botte à la 8e semaine ou **selon les recommandations médicales**
- Progresser renforcement en flexion plantaire selon les restrictions **(à partir de la 8e semaine),** ex: FP avec élastique ou FP assis en progressant la charge sur la cuisse. L'entrainement par *Blood Flow Restriction* (BFR) peut être utilisé pour accompagner le renforcement musculaire.
- Travailler le patron de marche

Critères pour passer à la phase suivante :

- Absence de douleur avec les exercices de renforcement et de mobilité
- Patron de marche adéquat

Phase 4 (> 12 semaines) Renforcement

But : Augmenter la force musculaire, optimiser la fonction, initier gestes sportifs

- Débuter étirement flexion dorsale en MEC
- Débuter renforcement isotonique de la cheville. Pour la flexion plantaire en MEC, progresser le renforcement bipodal vers l'unipodal, de concentrique vers excentrique
- Progresser le renforcement du membre inférieur chaîne ouverte et chaîne fermée selon les besoins
- Débuter les exercices de proprioception en progressant de statique vers dynamique, en variant les surfaces (stables et instables). Progresser vers l'unipodal lorsque bon contrôle et force adéquate du membre inférieur
- Débuter entrainement cardiovasculaire avec vélo, tapis, elliptique

Critères pour passer à la phase suivante :

- Aucune douleur
- Mobilité complète
- Force musculaire 85% par rapport au côté sain
- Bon contrôle neuromusculaire, équilibre et proprioception

Phase 5 - Renforcement avancé (selon les besoins)
But : Optimiser la fonction, améliorer la force, l'endurance et la puissance, préparation au retour aux sports

- Progresser le renforcement selon les besoins
- **Selon les recommandations médicales** :
    - Débuter la course. Commencer sur tapis roulant avec programme par intervalles. Augmenter progressivement le temps, puis la vitesse. Progresser surface de course selon les besoins.
    - Débuter les sauts. Commencer par le bipodal en progressant vers l'unipodal, saut linéaire en progressant les directions, surface stable vers surface instable
    - Débuter les jeux de pied et l'agilité selon les besoins spécifiques.
    - Débuter la pliométrie selon les besoins spécifiques.

Critères de retour aux sports :

- Autorisation de l'orthopédiste
- Force musculaire mollet : 90% par rapport au côté sain testé en isocinétique
- Endurance musculaire mollet : 90 % par rapport au côté sain au *Single Leg Raise*
- Puissance/stabilité : 90% par rapport au côté sain *Hop Test* et/ou *Single Hop Test*

Rédaction : Lise Beauchamp, pht
Anne Ducharme, pht
Myriam Drapeau, pht (révision 2026)

Révision : Jean-François Cantin, pht
Raffaele Simeone, pht
Marie-Ève Toussaint, pht
Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste

Publication : 2016 (Révision 2026)

Références

1. Calder JD, Saxby TS. Early, active rehabilitation following mini-open repair of Achilles tendon rupture: a prospective study. British journal of sports medicine. 2005 39(11): 857-9.
2. Enz D, UW Health Sports Medicine physician group. Rehabilitation guidelines for Achilles tendon repair. Madison, WI: University of Wisconsin Sports Medicine; 2011. Disponible: uwsportsmedicine.org.
3. Gould HP, Bano JM, Akman JL, Fillar AL. Postoperative Rehabilitation Following Achilles Tendon Repair: A Systematic Review. Sports Med Arthrosc Rev. 2021 Jun 1;29(2):130-145. doi: 10.1097/JSA.0000000000000309. PMID: 33972490.
4. Granot A. Achilles tendon repair: Rehabilitation protocol: AlterG, anti-gravity treadmill; Disponible: http://www.alterg.com/en-gb/protocol/achilles-tendon-repair.
5. Kipnis J, Squire S, Yee N. Achilles tendon repair: Postoperative protocol. Vancouver, BC: St. Paul's Hospital, Foot and ankle clinic; 2 p.
6. Marrone W, Andrews R, Reynolds A, Vignona P, Patel S, O'Malley M. Rehabilitation and Return to Sports after Achilles Tendon Repair. Int J Sports Phys Ther. 2024 Sep 1;19(9):1152-1165. doi: 10.26603/001c.122643. PMID: 39246413; PMCID: PMC11379499.
7. Owens J, Drakos M, Kimbrell K. Achilles Tendon Rehabilitation-The Role of Blood Flow Restriction. Foot Ankle Clin. 2026 Sep;31(3):459-472. doi: 10.1016/j.fcl.2025.12.009. Epub 2026 Feb 12. PMID: 42538075.
8. Rehab practice guidelines for Achilles tendon repair. Newark, DE: University of Delaware, Physical therapy clinic.

Tous droits réservés
© Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire, HMR, 2026