



## INFORMATION CONCERNANT L'ÉTUDE

<b>Projet :</b>	<b>Prévention des blessures et lésions de surcharge chez les jeunes sportifs</b>	
<b>Titre de l'étude :</b>	<b>Evaluation des facteurs de risque</b>	
<b>Chef de Projet :</b>	<b>Prof. Dr. Daniel Theisen, PhD,</b>	<b>tél: 26 970 824</b>
<b>Collaborateurs scientifiques :</b>	<b>M. Eric Besenius,</b>	<b>tél: 26 970 917</b>
	<b>Dr. Laurent Malisoux, PhD,</b>	<b>tél: 26 970 231</b>
<b>Institution responsable :</b>	<b>Luxembourg Institute of Health (LIH)</b>	

Chère athlète, Cher athlète,

Nous sollicitons votre participation à une étude prospective menée en collaboration par le **Laboratoire de Recherche en Médecine du Sport (SMRL-LIH)**, le **Comité Olympique et Sportif luxembourgeois (COSL)** et le **Département ministériel des Sports (DMS)**. Le but général est d'améliorer le suivi de l'entraînement et la prévention des blessures sportives en assurant un suivi complet des athlètes au sein de leurs fédérations respectives.

Tout au long du suivi, vous encoderez des données concernant votre charge d'entraînement (volume et intensité) et de compétition dans un agenda électronique accessible sur internet et appelé **TIPPS** (Training and Injury Prevention Platform for Sports). Si vous subissez une blessure durant votre saison sportive, des informations complémentaires sur cette blessure seront enregistrées dans la base de données électronique, via un questionnaire standardisé. Toutes vos données encodées pourront être visualisées sous forme de graphiques et de tableaux de synthèse vous permettant de garder une comptabilité complète de votre charge d'entraînement et de votre état de santé.

Les données concernant votre charge d'entraînement seront accessibles à vos entraîneurs auxquels vous aurez donné accès via la plateforme TIPPS. De même, les données concernant vos blessures seront accessibles aux membres du staff médical (médecins du sport, kinésithérapeutes,...) de votre équipe ou fédération.

À tout moment vous êtes libre de vous retirer de l'étude sans qu'il soit nécessaire de justifier votre décision. Les résultats de cette étude permettront d'améliorer la prévention des blessures sportives au sein des fédérations et pourront faire l'objet de communications ou de publications scientifiques. Les données liées à votre personne seront traitées de façon strictement confidentielle et seront rendues anonymes grâce à un code ne permettant pas de vous identifier. Le code en question servira aux traitements statistiques par le LIH. À aucun moment votre identité n'apparaîtra dans un rapport ou un article scientifique. Les données collectées seront conservées en lieu sûr pendant la durée du projet.

Nous sollicitons votre consentement écrit et signé au moyen du formulaire en annexe. Ce document sera également conservé par le chef de projet de l'étude (Prof. Dr. Theisen), au même titre que les données. Pour toute question relative à la présente étude, vous pouvez contacter Prof. Dr. Daniel Theisen (+352) 26 970 824, M. Eric Besenius (+352) 26 970 917, ou Dr. Laurent Malisoux (+352) 26 970 231.

Votre participation est importante, car vous êtes à la source des informations dont nous avons besoin pour améliorer la prévention des lésions liées à la pratique sportive intense au Grand-Duché de Luxembourg. Nous vous remercions de l'attention que vous avez bien voulu prêter à notre requête.



## CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ (pers. majeures)

**Projet :** Prévention des blessures et lésions de surcharge chez les jeunes sportifs  
**Titre de l'étude :** Evaluation des facteurs de risque  
**Chef de Projet :** Prof. Dr. Daniel Theisen, PhD, tél: 26 970 824  
**Collaborateurs scientifiques :** M. Eric Besenius, tél: 26 970 917  
Dr. Laurent Malisoux, PhD, tél: 26 970 231  
**Institution responsable :** Luxembourg Institute of Health (LIH)

1. Je déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à l'étude "Evaluation des facteurs de risque" organisée au sein de ma fédération.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature et le but de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'étude; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. Je suis libre de quitter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision, et sans subir un préjudice quelconque.
4. J'accepte que les données relatives à ma charge d'entraînement puissent être consultées par mes entraîneurs auxquels j'aurai autorisé un accès et que celles relatives à mes blessures puissent être consultées par les membres de mon staff médical suivant les mêmes conditions, dans l'objectif d'optimiser mes entraînements et de prévenir les blessures sportives.
5. J'accepte que les résultats de cette étude fassent l'objet de communications ou de publications scientifiques. Toute information liée à ma personne sera gardée confidentielle.
6. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.
7. Je conserve un droit d'accès et de rectification des informations me concernant.

Prière de remplir ce formulaire de consentement et de nous le renvoyer.

**Le répondant signataire consent librement à participer au présent projet.**

**Nom et prénom du répondant:** .....

**Signature du répondant :** .....

**Nom et signature de l'investigateur: D. Theisen**

**Lieu et date** .....



## CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ (pers. mineures)

**Projet :** Prévention des blessures et lésions de surcharge chez les jeunes sportifs  
**Titre de l'étude :** Evaluation des facteurs de risque  
**Chef de Projet :** Prof. Dr. Daniel Theisen, PhD, tél: 26 970 824  
**Collaborateurs scientifiques :** M. Eric Besenius, tél: 26 970 917  
 Dr. Laurent Malisoux, PhD, tél: 26 970 231  
**Institution responsable :** Luxembourg Institute of Health (LIH)

### En ma qualité de parent ou tuteur légal du participant,

1. Je déclare avoir lu l'information qui précède et accepter que la jeune personne que je représente participe à l'étude "Evaluation des facteurs de risque" organisée au sein de sa fédération.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature et le but de l'étude et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de la part de la jeune personne que je représente. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'étude; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. La jeune personne que je représente est libre de quitter l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier sa décision, sans subir un préjudice quelconque.
4. J'accepte que les données relatives à la charge d'entraînement et aux blessures de la jeune personne que je représente soient accessibles respectivement à ses entraîneurs et à son staff médical auxquels elle donne l'accès de son plein gré, dans l'objectif d'optimiser ses entraînements et de prévenir les blessures sportives.
5. J'accepte que les résultats de cette étude fassent l'objet de communications ou de publications scientifiques. Toute information liée à la jeune personne que je représente sera gardée confidentielle.
6. La jeune personne que je représente consent de son plein gré à participer à cette étude.
7. La jeune personne que je représente conserve un droit d'accès et de rectification des informations la concernant.

Prière de remplir ce formulaire de consentement et de nous le renvoyer.

**Les répondants signataires consentent librement à ce que la personne qu'ils représentent participe au présent projet.**

Nom et prénom de la personne représentée: .....

Nom, prénom et signature du tuteur #1: .....

Nom, prénom et signature du tuteur #2: .....

Nom et signature de l'investigateur: D. Theisen

Lieu et date .....