LIÈGE université Library

https://lib.uliege.be

https://matheo.uliege.be

Mémoire Les perceptions des patients insuffisants cardiaques vis-à-vis du télémonitoring dans le cadre de leur prise en soins au quotidien

Auteur : Leloux, Amélie
Promoteur(s) : ANCION, Arnaud
Faculté : Faculté de Médecine
Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées
Année académique : 2025-2026
URI/URL : http://hdl.handle.net/2268.2/25482

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

« LES PERCEPTIONS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES VIS-A-VIS DU TELEMONITORING DANS LE CADRE DE LEUR PRISE EN SOINS AU QUOTIDIEN »

Mémoire présenté par **LELOUX Amélie**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

« LES PERCEPTIONS DES PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES VIS-A-VIS DU TELEMONITORING DANS LE CADRE DE LEUR PRISE EN SOINS AU QUOTIDIEN »

Mémoire présenté par **LELOUX Amélie**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

Promoteur : Pr Ancion Arnaud, Cardiologue

au CHU de Liège

Nombre de mots : 6789

Remerciements

Avant tout, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement le Professeur Ancion Arnaud, mon promoteur de mémoire, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils avisés, sa disponibilité et son expertise, qui ont été d'une grande aide tout au long de ce travail.

J'adresse mes sincères remerciements à Madame Slomian et Madame Paquay, promotrices académiques de ce mémoire, pour leur encadrement rigoureux et leurs retours toujours pertinents.

Merci aux participants de mon étude, qui ont généreusement accepté de partager leur temps, leurs expériences et leurs points de vue avec sincérité. Leur témoignage a été fondamental pour nourrir la réflexion menée dans ce mémoire.

Je n'oublie pas ma famille, dont le soutien indéfectible, les encouragements constants et la patience m'ont permis d'avancer sereinement dans ce projet. Une pensée toute particulière à mon compagnon qui a dû faire face à mes remises en question continuelles.

Enfin, je remercie mes amis et collègues de promotion, avec qui j'ai partagé des moments d'entraide, de stress et de bonne humeur, et qui ont rendu cette expérience plus humaine et enrichissante.

Table des matières

PREAMBULE **1**

1. INTRODUCTION **2**

2. MATERIEL ET METHODES **4**

2.1. Type d'etude 4
2.2. Population etudiee 4
2.3. Collecte des donnees 4
2.4. Analyse des donnees 5
2.5. Planification de l'etude 5
2.6. Criteres de qualite 5
2.7. Considerations ethiques 6
2.8. Hypotheses 6

3. RESULTATS **7**

3.1. Attitude affective 8
3.2. Charge perçue 8
3.3. Ethique 9
3.4. Coherence de l'intervention 10
3.5. Couts d'opportunite 11
3.6. Efficacite perçue 11
3.7. Auto-efficacite 12

4. DISCUSSION ET PERSPECTIVES **13**

4.1. Le telemonitoring comme dispositif de securite et de renforcement de la relation de confiance 13
4.2. Une acceptabilite facilitee par la simplicite d'usage et l'integration dans le quotidien des patients 14
4.3. Limites de l'acceptabilite : perte de sens, utilite perçue et evolution dans le temps 15
4.4. Implications pour la pratique clinique 15
4.5. Forces, limites de l'etude et perspectives de recherche 16

5. CONCLUSION **18**

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES **19**

7. ANNEXES **24**

7.1. Annexe 1 : guide d'entretien 24
7.2. Annexe 2 : accord du comite d'ethique Hospitalo-facultaire Universitaire de Liege 28
7.3. Annexe 3 : tableau complet de la population etudiee 29
7.4. Annexe 4 : tableau complet de la population ayant refuse la participation 30
7.5. Annexe 5 : tableau theorique du modele TFA avec resume des resultats 31
7.6. Annexe 6 : engagement de non-plagiat 35

Résumé

Introduction : Le télémonitoring est de plus en plus utilisé dans la prise en soins des patients insuffisants cardiaques, mais peu d'études explorent leur expérience vécue. Cette recherche vise à comprendre l'acceptabilité du dispositif et les facteurs influençant son adoption. L'objectif est d'identifier les bénéfices, contraintes et perceptions des patients dans leur quotidien.

Matériel et méthodes : Une étude qualitative phénoménologique a été conduite auprès de patients adultes suivis au CHU de Liège dans le cadre d'un programme de télémonitoring. Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés, enregistrés et analysés selon le *Theoretical Framework of Acceptability* (TFA). Les données ont été transcrites, anonymisées et synthétisées pour identifier les leviers et freins à l'utilisation du dispositif.

Résultats : Les patients interrogés rapportent globalement un sentiment de sécurité et d'accompagnement, ainsi qu'une facilité d'intégration du télémonitoring dans leur quotidien. L'adhésion est renforcée par la réactivité des soignants et la simplicité d'usage, tandis que la perte de sens et l'absence de feedback peuvent réduire l'engagement. La littératie numérique et les attentes technologiques influencent également l'acceptabilité.

Conclusion : Le télémonitoring est perçu comme un outil bénéfique et bien accepté lorsqu'il est intégré de manière personnalisée et accompagné d'un retour d'information régulier. Son acceptation est dynamique et dépend des caractéristiques individuelles, du contexte clinique et de la qualité de l'expérience d'usage. Ces résultats soulignent l'importance d'adapter le dispositif aux besoins des patients et de structurer le suivi pour maintenir l'adhésion à long terme.

Mots-clés : insuffisance cardiaque ; télémonitoring ; expérience patient ; prise en charge infirmière ; autonomie

Abstract

Introduction : Telemonitoring is increasingly used in the management of patients with heart failure, but few studies explore their lived experience. This research aims to understand the acceptability of the device and the factors influencing its adoption. The objective is to identify the benefits, constraints, and perceptions of patients in their daily lives.

Material and Methods : A qualitative phenomenological study was conducted with adult patients followed at the Liège University Hospital as part of a telemonitoring program. Semi-structured interviews were conducted, recorded, and analyzed according to the Theoretical Framework of Acceptability (TFA). The data were transcribed, anonymized, and synthesized to identify the facilitators and barriers to device use.

Results : Patients generally reported a sense of security and support, as well as ease of integrating telemonitoring into their daily routines. Adherence was reinforced by the responsiveness of healthcare providers and the simplicity of use, while loss of meaning and lack of feedback could reduce engagement. Health literacy and technological expectations also influenced acceptability.

Conclusion : Telemonitoring is perceived as a beneficial and well-accepted tool when it is personalized and accompanied by regular feedback. Its acceptance is dynamic and depends on individual characteristics, clinical context, and quality of the user experience. These results highlight the importance of adapting the device to patient needs and structuring follow-up to maintain long-term adherence.

Key-words : heart failure ; telemonitoring ; patient experience ; nursing care ; autonomy

Préambule

« Soigner, c'est d'abord écouter » (1).

Cette phrase résonne particulièrement avec ma pratique infirmière en cardiologie. Elle me rappelle que, quelles que soient les évolutions technologiques dans le domaine de la santé, le cœur du soin reste profondément humain. Soigner ne se limite pas à surveiller des constantes ou à administrer des traitements : c'est aussi entendre ce que le patient vit, ressent, comprend, ou redoute face à sa maladie et aux outils qui l'entourent.

Travaillant auprès de patients atteints d'insuffisance cardiaque, j'ai pu constater combien cette pathologie chronique impose une vigilance constante, une adaptation continue et un accompagnement individualisé. L'arrivée du télémonitoring dans leur parcours de soins représente une avancée significative, en permettant un suivi à distance plus régulier et potentiellement plus réactif.

Cependant, l'intégration de ce dispositif dans leur quotidien soulève des enjeux qui dépassent la seule efficacité médicale. Elle implique une réorganisation des repères habituels du soin, de la relation soignant-soigné et de la place du patient dans son propre suivi.

Ces constats m'ont amenée à vouloir mieux comprendre ce que cette forme de surveillance représente réellement pour les personnes concernées, à travers leur vécu et leur propre expérience.

Ce mémoire s'inscrit donc pleinement dans le champ des sciences infirmières, qui place la relation de soin, la subjectivité du patient et l'adaptation des pratiques au cœur de la démarche professionnelle. Comprendre le regard que portent les patients sur le télémonitoring, c'est aussi repenser notre posture infirmière, afin de construire des accompagnements plus justes, plus pertinents, et véritablement centrés sur la personne.

1. Introduction

L'insuffisance cardiaque constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique (2). Sa prévalence ne cesse d'augmenter dans les pays développés, atteignant environ 2 % de la population générale et près de 5 % dans certaines estimations, soit environ 15 millions de personnes en Europe et 250 000 en Belgique (2,3). Cette pathologie touche particulièrement les personnes âgées et son incidence devrait continuer à croître avec le vieillissement de la population et l'augmentation des comorbidités telles que le diabète, l'obésité ou l'hypertension artérielle (4).

L'insuffisance cardiaque correspond à un syndrome clinique caractérisé par l'association de symptômes, de signes cliniques et d'une dysfonction cardiaque structurelle ou fonctionnelle entraînant une incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour répondre aux besoins de l'organisme (2,5-7). Sur le plan physiopathologique, plusieurs structures cardiaques peuvent être impliquées, notamment le myocarde, les valves ou les vaisseaux coronaires (6-8). La classification repose notamment sur la fraction d'éjection du ventricule gauche, distinguant l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (HFrEF), modérément réduite (HFmEF) et préservée (HFpEF) (2,5-7,9). Alors que la forme HFrEF était historiquement la plus fréquente, la forme HFpEF est aujourd'hui prédominante (4).

Les manifestations cliniques de l'insuffisance cardiaque incluent notamment la dyspnée, la fatigue, les œdèmes périphériques ou la prise de poids rapide (2,10). Ces symptômes peuvent apparaître progressivement et sont parfois peu spécifiques, ce qui peut retarder le diagnostic (2). Celui-ci repose sur l'association d'éléments cliniques et d'examens complémentaires tels que l'électrocardiogramme, le dosage des peptides natriurétiques et l'échocardiographie (10,11).

Malgré les progrès thérapeutiques, l'insuffisance cardiaque reste associée à une morbidité et une mortalité importante (2). Les épisodes de décompensation aiguë entraînent fréquemment des hospitalisations, représentant une charge considérable pour les systèmes de santé (12,13). Les réhospitalisations sont fréquentes et la mortalité demeure élevée, notamment chez les patients présentant des symptômes plus sévères selon la classification NYHA (6,14). Le nombre d'hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque devrait encore augmenter dans les prochaines décennies (2,15).

La prise en charge de l'insuffisance cardiaque repose aujourd'hui sur une stratégie thérapeutique optimisée associant plusieurs classes médicamenteuses majeures, telles que les inhibiteurs du système rénine-angiotensine, les bêta-bloquants, les antagonistes des récepteurs

des minéralocorticoïdes et les inhibiteurs du co-transporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2i) (5,8). Toutefois, l'efficacité de ces traitements dépend d'un suivi clinique rigoureux et d'une prise en charge multidisciplinaire impliquant notamment cardiologues, infirmières spécialisées et autres professionnels de santé (2,5).

Dans ce contexte, l'implication active du patient dans la gestion quotidienne de sa maladie apparaît essentielle (16). L'adhésion au traitement, la reconnaissance précoce des signes de décompensation et l'adoption de comportements favorables à la santé contribuent à améliorer l'évolution de la maladie et à réduire les hospitalisations évitables (16).

Afin de renforcer cette surveillance et de détecter précocement les signes de décompensation, différentes technologies ont été développées (12). Certains dispositifs implantables, comme le système CardioMEMS, permettent par exemple de surveiller les pressions pulmonaires à distance. Toutefois, leur utilisation reste limitée en Belgique en raison de l'absence de mécanisme de remboursement (12,17).

Dans ce contexte, le télémonitoring apparaît comme une stratégie prometteuse pour améliorer le suivi des patients atteints d'insuffisance cardiaque (17). Cette approche repose sur la transmission régulière de données cliniques par les patients à l'aide d'outils numériques, permettant une surveillance à distance par l'équipe soignante (17). Au CHU de Liège, ce suivi est notamment réalisé à l'aide de l'application mobile Communicare. Celle-ci permet aux patients d'encoder quotidiennement plusieurs paramètres cliniques, tels que le poids, la tension artérielle, la fréquence cardiaque ou certains symptômes. Les données sont transmises en temps réel aux professionnels de santé, facilitant la détection précoce d'éventuels signes de décompensation et l'adaptation rapide du traitement (12).

Si le télémonitoring représente une stratégie prometteuse pour améliorer la continuité des soins et prévenir les hospitalisations, son efficacité dépend largement de l'adhésion et de l'engagement des patients (18). La perception de l'utilité du dispositif, la compréhension des outils numériques ou encore la charge perçue liée à leur utilisation peuvent influencer l'acceptabilité de ces technologies dans la vie quotidienne (18).

Dans cette perspective, il apparaît pertinent d'explorer le vécu et les perceptions des patients face à cette modalité de suivi afin de mieux comprendre les facteurs favorisant ou entravant son utilisation dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. Cette étude vise également à identifier les facteurs influençant l'observance au télémonitoring et à mieux comprendre l'impact perçu de celui-ci sur le quotidien des patients, notamment en termes d'autonomie, de qualité de vie et de sentiment de sécurité.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Cette étude s'inscrit dans une approche qualitative de type phénoménologique, visant à explorer l'expérience vécue et les perceptions des patients atteints d'insuffisance cardiaque face au télémonitoring (19). Cette démarche permet de mieux comprendre les significations qu'ils attribuent à ce mode de suivi, ainsi que les bénéfices et contraintes perçus dans leur quotidien (19).

2.2. Population étudiée

La population étudiée était composée de patients adultes atteints d'insuffisance cardiaque chronique, suivis au CHU de Liège et inclus dans un programme de télémonitoring.

Les critères d'inclusion étaient : être âgé de 18 ans ou plus, avoir reçu un diagnostic d'insuffisance cardiaque, utiliser le dispositif de télémonitoring depuis au moins deux semaines et être capable de participer à un entretien en français. Les patients présentant des troubles cognitifs majeurs, des troubles psychiatriques sévères ou une situation clinique instable ont été exclus.

Parmi les patients inclus dans le programme, 13 ont accepté de participer à un entretien. Un échantillonnage de convenance a été réalisé. Bien que la saturation des données ait été recherchée, elle n'a pas été complètement atteinte en raison du nombre limité de participants.

2.3. Collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en plusieurs étapes. Les patients éligibles ont été identifiés via le programme de télémonitoring du CHU de Liège, puis contactés afin de leur présenter l'étude et de recueillir leur consentement éclairé.

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés sur base d'un guide (annexe 1), en face-à-face ou à distance selon les préférences des participants, dans un environnement calme et confidentiel. Chaque entretien, d'une durée de 45 à 60 minutes, a été enregistré puis retranscrit afin de permettre une analyse approfondie.

Des informations contextuelles (âge, situation personnelle) ont également été recueillies afin de situer les expériences des patients et d'enrichir l'interprétation des données.

2.4. Analyse des données

L'analyse des données s'appuie sur le Theoretical Framework of Acceptability (TFA) développé par des théoriciens, qui permet d'explorer de manière structurée l'acceptabilité des interventions de santé du point de vue des patients (20). Ce cadre considère l'acceptabilité comme un construit multidimensionnel, intégrant des dimensions cognitives et émotionnelles (20).

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique dirigée, organisée selon les principales dimensions du TFA (attitude affective, charge perçue, cohérence de l'intervention, efficacité perçue, auto-efficacité, etc.) (20), tout en laissant émerger de manière inductive des éléments complémentaires issus du discours des participants.

Les données ont été intégralement transcrites et anonymisées, puis synthétisées dans des tableaux thématiques via word afin de faciliter la comparaison entre les participants et d'identifier les principaux leviers et freins à l'utilisation du télémonitoring. Cette approche a permis de structurer l'analyse tout en respectant la richesse des expériences rapportées.

2.5. Planification de l'étude

L'étude s'est déroulée en trois phases. La phase de préparation, d'avril 2025 à octobre 2025, a consisté en l'élaboration du protocole, l'obtention de l'accord du comité d'éthique ainsi que la préparation des outils de collecte des données. La phase de collecte, réalisée entre octobre 2025 et décembre 2025, a concerné la réalisation des entretiens semi-directifs auprès des patients. Enfin, la phase d'analyse et de rédaction, de janvier 2026 à mai 2026, a porté sur la transcription et l'analyse thématique des données ainsi que sur la rédaction du mémoire.

2.6. Critères de qualité

La rigueur méthodologique a été assurée en s'appuyant sur les critères de qualité de la recherche qualitative (21). La crédibilité a été recherchée en veillant à restituer fidèlement l'expérience des participants (21). La fiabilité repose sur une description transparente des étapes de la recherche (21). La transférabilité a été favorisée par la description du contexte et des participants, tandis que la confirmabilité s'appuie sur les données recueillies (21). Enfin, l'authenticité a été prise en compte en intégrant la diversité des points de vue exprimés (21).

2.7. Considérations éthiques

Cette étude a reçu un avis favorable du Comité d'éthique hospitalo-facultaire du CHU de Liège, n°2025-322 en date du 16 octobre 2025 (annexe 2).

Tous les patients ont fourni un consentement libre et éclairé avant leur inclusion dans l'étude. Les entretiens ont été enregistrés et les données ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité des patients, conformément au Règlement général sur la protection des données.

Les données ont été conservées de manière sécurisée par les investigateurs et seront détruites à l'issue de l'étude.

Certaines tâches liées à la rédaction de ce mémoire ont également été assistées par des outils d'intelligence artificielle, notamment pour l'aide à la synthèse de contenus, la traduction de certains passages et la réduction du nombre de mots, sous la supervision et la validation de l'auteur.

2.8. Hypothèses

Trois hypothèses ont été formulées en amont du travail :

La première suppose que le télémonitoring est perçu comme un soutien à la prise en charge, dont l'acceptabilité dépend de la compréhension du dispositif, de l'expérience technologique et de la relation avec les soignants (18, 22).

La deuxième propose que l'observance soit favorisée par une bonne littératie en santé, un soutien social et un accès facilité aux outils numériques, tandis que la fracture numérique ou le manque d'accompagnement constituent des freins (18, 22).

La troisième suggère que le télémonitoring peut améliorer le sentiment de sécurité et l'autonomie, mais aussi générer une charge ou un stress, selon les conditions d'utilisation (18, 22).

3. Résultats

Depuis l'implémentation du télémonitoring dans la prise en soins des patients insuffisants cardiaques au CHU de Liège, une soixantaine de personnes ont été suivies. Parmi elles, 10 personnes sont décédées, 20 n'ont pas répondu au recrutement et 17 ont refusé de participer pour diverses raisons. Pour cette étude, l'échantillon final est donc de 13 participants (annexes 3 et 4).

L'analyse de l'échantillon montre que la majorité des patients étaient des hommes (84,6%) et vivaient en zone rurale (84,6%). L'âge variait de 26 à 85 ans, avec une concentration notable des patients entre 60 et 79 ans (38,5%), tandis que près d'un quart des patients avaient moins de 40 ans et une proportion similaire se situait entre 40 et 59 ans. Plus d'un patient sur deux vivait en couple (69,2%) et la plupart étaient actifs (61,5%), tandis que les retraités représentaient 38,5% de l'échantillon.

Concernant le profil clinique, la majorité des patients avait été diagnostiquée depuis moins de 5 ans (61,5%) avec une proportion plus réduite entre 5 et 10 ans (15,4%) et plus de 10 ans (23,1%). La durée d'utilisation du télémonitoring était, quant à elle, variable : près de la moitié des patients l'utilisaient depuis 1 à 2 ans (46,2%), 38,5% depuis plus de 2 ans et 15,4% depuis moins d'un an.

Afin de contextualiser ces résultats, une analyse descriptive des patients n'ayant pas participé à l'étude a également été réalisée. Celle-ci met en évidence certaines différences avec l'échantillon final, principalement en ce qui concerne le lieu de vie. En effet, les personnes ayant refusé l'entretien vivaient majoritairement en zone urbaine (64,7 %), contrairement aux participants inclus dans l'étude, qui étaient principalement issus de zones rurales (84,6 %).

Les raisons de refus étaient principalement un manque d'intérêt pour le télémonitoring (41,2 %), suivies de situations cliniques particulières telles qu'une greffe cardiaque (17,6 %), le fait de ne plus être suivis au CHU de Liège (17,6 %), ainsi que des situations d'hospitalisation ou de fin de vie (11,8 %) et une insuffisance cardiaque jugée stabilisée (11,8 %).

Ces éléments suggèrent une différence de profil entre participants et non-participants, notamment en fonction du lieu de vie, pouvant constituer un biais de sélection à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Pour réaliser une analyse rigoureuse de la perception de ces participants concernant le télémonitoring, le modèle *Theoretical Framework of Acceptability* (TFA), qui reprend sept catégories permettant d'organiser les résultats, a été utilisé (20) (annexe 5).

3.1. Attitude affective

La dimension attitude affective, qui explore le ressenti émotionnel des participants vis-à-vis du télémonitoring, montre que plusieurs patients ont évoqués un fort sentiment de sécurité et un véritable filet protecteur. Neuf patients ont exprimé ce ressenti à travers des verbatims tels que : « sécurisant aussi… » (P1), « je trouve, oui, il y a un suivi. » (P2) ou encore, « on se sent entouré, on se sent moins seul. » (P4).

Parallèlement, une partie des patients a montré une attitude optimiste et sereine, adoptant une posture psychologique stable face à la maladie, comme en témoignent les propos suivants : « je le prends avec philosophie » (P1) ou « moi, je suis optimiste 300% » (P3). Cette attitude optimiste s'accompagnait souvent d'une confiance forte envers l'équipe soignante pour quatre patients illustrés par des verbatims tels que : « j'ai fait confiance absolue à tous les médecins. » (P3) ou « quand j'arrive au CHU, je me sens comme dans le ventre de ma mère. » (P9).

Deux patients ont, quant à eux, rapporté une variabilité émotionnelle, notamment au début de leur parcours, déclarant : « j'ai été très surpris du diagnostic. » (P11) et « au début, c'était difficile… ça varie un peu » (P12). Un patient, par contre, a exprimé une neutralité affective : « le terme sécurité non… je n'ai pas d'avis. » (P13), tandis qu'un autre a manifesté un désengagement marqué en déclarant : « je la trouve basique, voire inutile. Je ne l'utilise même plus. » (P6) et « j'ai même le sentiment qu'elle est à l'abandon. » (P6).

3.2. Charge perçue

Au-delà du ressenti émotionnel, la charge liée à l'utilisation du dispositif constitue une autre dimension de l'acceptabilité.

Neuf patients ont indiqué que la réalisation du télémonitoring nécessitait peu de temps au quotidien, évoquant une durée de quelques minutes seulement. Les verbatims suivants illustrent cette perception : « ça ne dure que cinq minutes » (P1), « ce n'est même pas 10 minutes » (P3), « trois minutes » (P4), « deux ou trois minutes par jour » (P8), ou encore « 2 minutes » (P11).

Pour plusieurs patients, cette activité s'est intégrée dans leur routine quotidienne, notamment le matin. Certains décrivent une utilisation ritualisée, comme en témoignent les propos suivants : « la première chose que je fais en me levant… » (P4), « tous les matins… » (P8) ou encore « une fois le matin, … quand j'ai été à la toilette » (P10).

Par ailleurs, certains patients ont mentionné des contraintes techniques mineures, sans que celles-ci semblent remettre en cause l'utilisation du dispositif. Ces éléments concernent notamment l'identification ou certains messages techniques, comme l'illustrent ces mots : « je ne vois pas vraiment pourquoi il faut mettre un code là-dessus » (P1), « j'avais toute une série de messages… » (P2) ou aussi, « ils m'ont redemandé mon mot de passe » (P11).

Deux personnes ont toutefois évoqué une charge plus importante en fonction du contexte de vie, notamment lorsqu'ils disposent de moins de temps le matin. L'un indique « une petite demi-heure » (P9), tandis qu'un autre mentionne : « cinq minutes le matin… quand on est pressé » (P12).

Enfin, un patient seulement décrit le monitoring comme plus contraignant et chronophage, déclarant : « au moins 10 minutes, ça c'est certain » (P6).

3.3. Ethique

Après la charge perçue, la dimension éthique permet d'explorer l'adéquation du dispositif avec les valeurs des patients. Elle met en évidence une adhésion globalement volontaire au dispositif.

Certains patients insistent d'abord sur le caractère volontaire de leur participation. Ainsi, un patient affirme : « c'est moi qui ai dit oui » (P1), tandis qu'un autre déclare : « pourquoi est-ce que j'arrêterais ? » (P4). Encore un autre précise également : « ce n'était pas intrusif » (P11). Ces propos traduisent une perception du télémonitoring comme un dispositif accepté librement et non imposé.

« C'est une discipline de vie » (P2) ! A travers cette formulation, ce patient associe l'utilisation du télémonitoring à une forme de rigueur dans la gestion de sa santé. Dans le même sens, un patient indique : « on est des gens consciencieux » (P9), ce qui renvoie à une responsabilisation personnelle dans le suivi de la maladie.

Un patient exprime pour sa part une position plus neutre sur le plan éthique. Interrogé sur une éventuelle incompatibilité avec ses valeurs, il répond simplement : « à priori je dirais non » (P13), ce qui suggère l'absence de questionnement ou de conflit éthique particulier vis-à-vis du dispositif.

Enfin, une perception plus critique apparait dans le discours d'un patient, « c'est comme s'il y avait un appareil … qui ne fonctionne pas » (P6). A travers cette comparaison, il exprime une attente d'efficacité concrète du dispositif pour qu'il soit pleinement acceptable dans sa prise en charge.

3.4. Cohérence de l'intervention

La compréhension du dispositif par les patients est ensuite abordée à travers la dimension de cohérence de l'intervention. Cette dimension met en évidence une compréhension globalement satisfaisante du dispositif, bien que certaines incertitudes persistent.

Plusieurs patients décrivent clairement le rôle d'alerte et le circuit de transmission de l'information vers les professionnels de santé. Ainsi, un patient explique : « soit elle…soit elle réfère au docteur » (P2), tandis qu'un autre patient indique : « l'hôpital est prévenu » (P5). De son côté, un autre patient rapporte : « Madame *** a téléphoné le jour même » (P9). Un autre précise également que : « je sais que derrière ce que je vais encoder… » (P11). Ces propos témoignent d'une compréhension du système de surveillance et de la transmission des données aux soignants.

Pour certains patients, la compréhension du dispositif s'appuie particulièrement sur le suivi du poids, identifié comme un indicateur important de leur état de santé. Par exemple, un patient l'explique : « quand je voyais mon poids qui montait de 1kg… » (P4). Ces propos montrent que certains patients associent le télémonitoring à la surveillance des paramètres cliniques spécifiques.

À l'inverse, quelques patients expriment une compréhension plus partielle du fonctionnement du dispositif. « Je ne savais pas » (P1) ou encore « je ne suis pas sûr… » (P3) traduisent une incertitude concernant certains aspects du télémonitoring. Dans le même sens, un patient indique : « je ne sais pas si ça contacte directement un professionnel » (P12), ce qui révèle un manque de visibilité sur la manière dont les données sont traitées après leur transmission.

Une perte de sens du dispositif apparaît également dans le discours d'un patient, « j'ai l'impression d'entretenir des données qui ne servent à rien » (P6). Ce propos suggère que l'absence de retour ou de feedback peut conduire à une remise en question de l'utilité du télémonitoring.

Enfin, un patient évoque une évolution de sa perception liée aux apprentissages réalisés grâce au dispositif, « je n'ai plus besoin de l'effet coaching » (P11). Cette déclaration suggère que certaines compétences acquises au cours du suivi peuvent conduire à une moindre utilité perçue du dispositif avec le temps.

3.5. Coûts d'opportunité

Au-delà de la compréhension du fonctionnement, les coûts associés à l'utilisation du télémonitoring sont également explorés.

Plusieurs patients indiquent ne pas percevoir de coût, ni de sacrifice lié à ce dispositif dans leur quotidien. Comme l'exprime un patient : « je ne vois pas. » (P4), un autre précise : « ça ne mange pas de pain » (P5), tandis qu'un troisième répond à la question en disant : « pas spécialement » (P13).

A l'inverse, une minorité de patient évoque l'existence d'un coût ou d'une contrainte associée à l'utilisation du télémonitoring, tout en indiquant que celle-ci reste acceptable dans leur situation. L'un d'eux déclare par exemple : « évidemment que c'est une contrainte » (P9). Un autre patient souligne certaines limites dans la communication autour du dispositif : « l'urgence n'était pas Communicare… » (P12).

Par ailleurs, un patient rapporte avoir cessé d'utiliser le télémonitoring en raison du temps que celui-ci lui demandait. Il décrit cette contrainte comme trop importante dans son quotidien : « trop chronophage. Je crois que je l'ai utilisé 6 mois, puis j'ai abandonné » (P6).

Enfin, un autre patient indique avoir interrompu l'utilisation du télémonitoring pour des raisons liées à l'évolution de sa situation de santé. Celui-ci précise préférer désormais recourir à une prise de rendez-vous médicale : « je vais plutôt passer par une prise de rendez-vous » (P11).

Ainsi, si la majorité des patients ne mentionne pas de renoncement particulier associé à l'utilisation du télémonitoring, certains évoquent néanmoins l'existence de contraintes ou décrivent un arrêt du dispositif dans leur parcours de soins.

3.6. Efficacité perçue

La perception de l'efficacité du dispositif constitue une autre dimension centrale de son acceptabilité. Plusieurs patients rapportent avoir vécu des expériences concrètes illustrant la réactivité du dispositif dans leur suivi. Ces situations sont décrites par différents patients, notamment lorsque les professionnels de santé ont pris contact à la suite de données transmises via le système. Un patient rapporte par exemple : « réduisez un peu tel médicament » (P2). Un autre mentionne : « j'ai commencé à jouer avec le Burinex. » (P4). Certains évoquent également des contacts rapides avec les soignants, comme l'illustre le témoignage suivant : « elle m'a directement appelé le jour même » (P8). De même, un patient précise : « l'infirmière me sonnait dès qu'il y avait un paramètre hors spectre » (P11).

Par ailleurs, plusieurs patients évoquent une efficacité perçue davantage anticipée ou hypothétique. Dans ces situations, les patients indiquent considérer que le dispositif pourrait permettre une détection précoce d'un problème de santé ou une réaction de l'équipe soignante en cas d'anomalie. À ce sujet, un patient déclare : « si jamais il y avait quelque chose… on préviendrait » (P3).

En outre, certains patients mettent en avant l'utilité organisationnelle du dispositif dans la gestion quotidienne de leur suivi. Pour ces patients, le télémonitoring apparaît comme un outil facilitant la consignation et le suivi des données de santé. L'un d'eux explique ainsi : « beaucoup plus facile que d'écrire sur des papiers » (P7). Un autre souligne également l'intérêt de disposer d'un support numérique structuré : « avoir son petit agenda dans le logiciel… » (P13).

À l'inverse, quelques patients rapportent une diminution de l'utilité perçue du dispositif lorsque leur état de santé est considéré comme stable. Dans ce contexte, certains expriment un questionnement quant à la nécessité de poursuivre le suivi par télémonitoring. Un patient indique par exemple : « je ne sentais plus vraiment cette nécessité du suivi » (P11), tandis qu'un autre s'interroge : « à quoi ça sert ? » (P12).

Enfin, un patient exprime une perception d'inefficacité du dispositif, estimant que les données transmises n'ont pas entraîné de modification concrète dans sa prise en charge. Il explique ainsi : « savoir que je pèse 65, 70 kg, ça n'a jamais rien changé » (P6).

3.7. Auto-efficacité

Enfin, le sentiment de compétence dans l'utilisation du dispositif est abordé à travers la dimension d'auto-efficacité. La majorité des patients décrit une utilisation autonome du dispositif. Plusieurs patients indiquent réaliser eux-mêmes les différentes manipulations nécessaires au suivi. L'un d'eux affirme par exemple : « c'est moi seul qui le fait » (P1), tandis qu'un autre précise : « c'est quelque chose que j'ai géré vraiment tout seul » (P11).

Par ailleurs, certains patients évoquent disposer de compétences numériques qu'ils estiment facilitantes pour l'utilisation du dispositif. Plusieurs patients mentionnent notamment leur familiarité avec les outils informatiques ou leur expérience professionnelle dans ce domaine. À titre d'exemple, un patient indique : « je suis analyste développeur en informatique » (P8), tandis qu'un autre explique : « on développe aussi des applications » (P12).

Enfin, un patient exprime des attentes technologiques élevées concernant le dispositif de télémonitoring. Celui-ci évoque notamment l'intégration de fonctionnalités plus avancées, en déclarant : « il faut intégrer une IA là-dedans » (P6).

4. Discussion et perspectives

4.1. Le télémonitoring comme dispositif de sécurité et de renforcement de la relation de confiance

Les résultats mettent en évidence une acceptabilité globalement positive du télémonitoring chez les patients insuffisants cardiaques, reposant principalement sur deux dimensions : le sentiment de sécurité et le sens attribué au dispositif. Ces dimensions s'inscrivent dans le Theoretical Framework of Acceptability (TFA), notamment à travers l'attitude affective, l'efficacité perçue et la cohérence de l'intervention (20).

Le sentiment de sécurité constitue un élément central. Le télémonitoring est perçu comme un « filet protecteur », permettant de réduire l'incertitude liée à la maladie et de se sentir accompagné à distance. Ces résultats sont cohérents avec plusieurs études montrant que la télésurveillance améliore la tranquillité psychologique et la perception d'un suivi continu (23-27). Toutefois, cette amélioration n'est pas systématique et semble dépendre du contexte d'implémentation et des caractéristiques des patients (24, 26), suggérant que la technologie seule ne suffit pas à produire ce sentiment.

La réactivité perçue du dispositif renforce cette sécurité. Les patients valorisent la possibilité de contacts rapides et d'ajustements thérapeutiques, ce qui transforme la surveillance en une intervention perçue comme active. Ce point est déterminant dans l'adhésion, car il matérialise l'utilité du dispositif (28-31).

Cependant, l'acceptabilité dépend également de la capacité des patients à donner du sens au télémonitoring. Certains participants expriment des incompréhensions ou une perte de sens, notamment en l'absence de retour d'information. Ce résultat rejoint les travaux de Greenhalgh et ses associés, sur le « sense-making », qui montrent que l'intégration des technologies dépend de leur appropriation subjective (32). L'absence de feedback apparaît comme un facteur clé de désengagement (33-35), alors que des retours réguliers renforcent l'engagement (36).

Enfin, les patients décrivent une participation volontaire et non contraignante, compatible avec leurs valeurs. Cette dimension éthique, en lien avec l'autonomie, constitue un levier important d'acceptabilité (37).

Ainsi, l'acceptabilité du télémonitoring repose sur un équilibre entre sécurité, compréhension et sens, équilibre susceptible d'évoluer selon l'expérience et la situation clinique (38).

4.2. Une acceptabilité facilitée par la simplicité d'usage et l'intégration dans le quotidien des patients

Au-delà de la perception globale, l'acceptabilité du télémonitoring dépend de son intégration concrète dans le quotidien des patients. Les résultats montrent que cette intégration est globalement facilitée par une faible charge perçue et un bon niveau d'autonomie, deux dimensions centrales du TFA (20).

Les participants décrivent une utilisation du télémonitoring comme rapide et peu contraignante, facilement intégrée à leur routine quotidienne. Plusieurs évoquent un geste simple, réalisé en quelques minutes, sans perturber leurs activités. Cette faible charge perçue apparaît comme un élément central de l'acceptabilité, en ce qu'elle limite l'effort requis et favorise la continuité d'usage. Ce résultat rejoint les travaux des théoriciens Poulet, Ekstedt et de leurs coéquipiers, qui montrent que la simplicité d'usage constitue un facteur clé d'adhésion (37, 38). Toutefois, cette facilité n'est pas homogène. Certains patients, notamment ceux ayant une faible littératie numérique, peuvent percevoir le dispositif comme plus contraignant (39).

Plusieurs participants décrivent une intégration du télémonitoring dans leurs habitudes de vie, suggérant que cette dimension joue un rôle important dans l'acceptabilité. Pour certains, le télémonitoring devient même un rituel quotidien, ce qui stabilise l'usage dans le temps (40, 41). Ce processus d'appropriation progressive semble favoriser la persistance, en réduisant l'effort cognitif associé à l'utilisation.

Par ailleurs, les patients expriment un sentiment d'autonomie dans l'utilisation du dispositif, se disant capables de réaliser les mesures et de gérer le suivi sans difficulté. Ce sentiment renvoie à une forme d'auto-efficacité, associée dans la littérature à une meilleure adhésion (42). Néanmoins, cette autonomie peut aussi générer une forme de pression ou d'anxiété si elle n'est pas accompagnée, notamment lorsque les attentes ne sont pas clairement définies (43).

Les compétences numériques apparaissent comme un facteur structurant. Une bonne maîtrise facilite l'appropriation et la satisfaction, tandis qu'un déficit peut constituer un frein et accentuer les inégalités d'accès (40). Les difficultés techniques, même ponctuelles, peuvent également altérer l'expérience et fragiliser l'engagement (17).

Enfin, certains patients expriment des attentes technologiques plus avancées, traduisant une évolution vers des profils d'utilisateurs plus exigeants (44).

Ainsi, l'intégration du télémonitoring est globalement facilitée, mais reste conditionnée par les ressources individuelles et la qualité de l'expérience d'usage.

4.3. Limites de l'acceptabilité : perte de sens, utilité perçue et évolution dans le temps

Malgré ces éléments favorables, l'acceptabilité du télémonitoring n'est pas stable et évolue dans le temps. Les résultats montrent une diminution de l'utilité perçue chez certains patients en phase de stabilité clinique, pouvant conduire à une perte de sens.

Ce phénomène est cohérent avec la littérature, qui souligne que l'adhésion dépend de la perception de bénéfices tangibles (22). Lorsque les événements cliniques sont rares, l'utilité devient moins visible, ce qui peut entraîner un désengagement (18).

Dans le cadre du TFA, cette évolution s'explique par le caractère contextuel de l'acceptabilité, dépendant des besoins perçus à un moment donné (20). La répétition des mesures sans événement notable peut conduire à une forme d'habituation et à une diminution de la perception du risque (45).

Le feedback joue ici un rôle central. Les patients percevant un impact concret du dispositif maintiennent leur engagement, contrairement à ceux ne recevant pas de retour.

Les trajectoires d'usage semblent suivre une dynamique en plusieurs phases : adhésion initiale, routinisation, puis parfois désengagement (18). Cette évolution est bien décrite dans les modèles d'implémentation (46). Elle souligne que l'adoption initiale ne garantit pas l'usage à long terme (46).

Ainsi, l'acceptabilité apparaît comme un processus dynamique, dépendant du sens, du bénéfice perçu et de l'interaction avec les soignants.

4.4. Implications pour la pratique clinique

Ces résultats soulignent que le télémonitoring ne peut être réduit à un outil technologique et que son appropriation dépend de plusieurs facteurs. La perception d'un sentiment de sécurité, la compréhension claire du fonctionnement et la disponibilité d'un retour concret sur les données renforcent l'engagement. À l'inverse, l'absence de feedback, des contraintes techniques ou temporelles et une perception d'utilité limitée peuvent conduire au désengagement. Ces facteurs ne se manifestent pas uniformément chez tous les patients, soulignant la nécessité d'une adaptation du dispositif au profil, aux compétences numériques et au parcours de soins de chacun. Dans cette dynamique, chaque acteur du parcours de soins, y compris le patient, a un rôle à jouer dans l'appropriation et l'efficacité du dispositif (22).

Le rôle des soignants apparait particulièrement important dans le maintien du sentiment de sécurité et du sens du dispositif (23, 26). Rendre visibles les actions réalisées à partir des données pourrait renforcer l'engagement.

La perte de sens observée suggère la nécessité d'une adaptation du dispositif au parcours de soins. Une approche standardisée semble insuffisante, et une réévaluation régulière de la pertinence du télémonitoring pourrait limiter le désengagement (25, 32).

Par ailleurs, le maintien de la simplicité d'usage doit s'accompagner d'un soutien éducatif, notamment pour les patients ayant une faible littératie numérique (47). L'adaptation aux différents profils apparaît essentielle pour limiter les inégalités (47).

Enfin, structurer le feedback constitue un levier majeur pour maintenir la motivation et la perception d'utilité (30, 31).

4.5. Forces, limites de l'étude et perspectives de recherche

Cette étude présente plusieurs limites méthodologiques et contextuelles qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats, tout en ouvrant des perspectives pour de futurs travaux.

Tout d'abord, la taille de l'échantillon, cohérente avec une approche qualitative exploratoire, limite la diversité des profils et des expériences analysées. De plus, la composition de l'échantillon, marquée par une majorité de participants masculins et une surreprésentation de patients vivant en zone rurale, restreint la représentativité des résultats. Il serait intéressant d'explorer si cette surreprésentation reflète une plus grande utilisation du télémonitoring dans les zones rurales, potentiellement liée à la distance aux structures de soins et à l'isolement géographique. Dans cette perspective, des études incluant des populations plus larges et plus diversifiées permettraient donc d'explorer plus finement les variations selon l'âge, le contexte de vie ou encore le niveau de littératie numérique.

Par ailleurs, les données reposent sur des entretiens semi-dirigés, ce qui implique qu'elles reflètent les perceptions des participants à un moment donné, sans permettre d'observer directement les pratiques réelles ou les comportements d'usage. Le caractère transversal de l'étude constitue également une limite, dans la mesure où il ne permet pas d'analyser l'évolution de l'acceptabilité dans le temps. Ces éléments soulignent l'intérêt de développer des

études longitudinales, afin de mieux comprendre les dynamiques de routinisation, de perte de sens et de désengagement mises en évidence dans ce travail.

En outre, le cadre monocentrique de l'étude, réalisé au CHU de Liège, limite la généralisation des résultats à d'autres contextes organisationnels ou systèmes de santé. Des recherches multicentriques permettraient ainsi d'examiner l'influence des modalités d'implémentation du télémonitoring sur son acceptabilité, pour autant que le dispositif soit développé ailleurs.

Enfin, les résultats mettent en évidence le rôle central du feedback et de l'interaction avec les soignants dans le maintien de l'engagement. Cette dimension constitue une piste de recherche particulièrement pertinente, notamment pour évaluer l'impact de différentes modalités de retour d'information sur la perception d'utilité et l'adhésion au dispositif. De futures études pourraient également explorer l'effet du télémonitoring sur des dimensions plus larges, telles que la qualité de vie, le sentiment de sécurité ou l'autonomie, en mobilisant des approches méthodologiques mixtes.

Malgré ces limites, cette étude présente également plusieurs forces. Tout d'abord, l'approche qualitative a permis d'explorer en profondeur l'expérience vécue des patients et de mettre en lumière des dimensions subjectives de l'acceptabilité difficilement accessibles par des approches quantitatives. Les entretiens semi-dirigés ont favorisé l'émergence de discours nuancés concernant les usages, les attentes et les difficultés liées au télémonitoring.

Par ailleurs, cette étude apporte un éclairage original sur les mécanismes favorisant ou fragilisant l'engagement des patients dans le temps, notamment à travers les notions de feedback, de routinisation et de perte de sens. Ces résultats permettent d'enrichir la compréhension de l'acceptabilité au-delà d'une vision uniquement technologique du dispositif.

Enfin, ce travail s'inscrit dans une thématique encore en développement et fournit des éléments utiles pour l'implémentation future du télémonitoring dans la pratique clinique. L'identification des besoins relationnels et informationnels des patients constitue notamment un apport pertinent pour adapter les dispositifs aux attentes des utilisateurs et soutenir leur adhésion à long terme.

Ainsi, malgré ses limites, cette étude apporte des éléments de compréhension utiles sur l'acceptabilité du télémonitoring et souligne la nécessité de poursuivre les recherches dans une approche centrée sur l'expérience patient et son évolution dans le temps.

5. Conclusion

Cette étude explore l'acceptabilité du télémonitoring chez des patients insuffisants cardiaques suivis au CHU de Liège. Les résultats montrent que le dispositif est globalement bien accepté, principalement grâce au sentiment de sécurité qu'il procure, à la simplicité d'usage, et à la possibilité de maintenir une relation de confiance avec l'équipe soignante. Les patients valorisent la réactivité du dispositif, l'autonomie dans son utilisation, et la structuration qu'il apporte à leur suivi quotidien. Ces éléments confirment que le télémonitoring peut constituer un outil complémentaire efficace pour le suivi à distance, en renforçant la tranquillité psychologique et la perception d'un suivi continu.

Cependant, l'acceptabilité n'est pas uniforme ni stable. Certains patients ont exprimé une perte de sens ou une utilité perçue réduite lorsque leur état clinique était stable, ou en l'absence de feedback concret. Des contraintes ponctuelles liées à la littératie numérique ou aux attentes technologiques peuvent également limiter l'adhésion. Ces observations montrent que l'acceptation du télémonitoring est dynamique et contextuelle, dépendant autant des caractéristiques du patient que de l'organisation du suivi et de la communication autour du dispositif.

Enfin, les limites méthodologiques de l'étude (taille réduite de l'échantillon, surreprésentation de patients masculins et ruraux, caractère transversal et monocentrique) restreignent la généralisation des résultats. Elles soulignent l'intérêt de poursuivre les recherches via des études longitudinales et multicentriques, intégrant des populations plus diversifiées et évaluant l'impact du feedback et des pratiques d'accompagnement sur l'adhésion au télémonitoring.

En somme, le télémonitoring apparaît comme un dispositif bien accepté et potentiellement bénéfique, à condition qu'il soit intégré de manière personnalisée, accompagné d'un retour d'information régulier et adapté aux besoins et compétences des patients. Cette étude apporte ainsi des éléments précieux pour optimiser la mise en œuvre du télémonitoring et renforcer son rôle dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques. En explorant de manière approfondie l'expérience et les perceptions des patients, elle contribue également à enrichir la compréhension des facteurs influençant l'acceptabilité et le maintien de l'engagement dans le temps.

6. Références bibliographiques

1. Dupagne D. *La revanche du rameur : essai sur les limites de la médecine*. Paris : Éditions du Seuil ; 2012
2. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 2021;42(38):3599-3726. Available from : McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal. 2021;42(38):3599-3726. Available from: European Heart Journal article
3. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M, et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol.* 2014 Apr 1;63(12):1123-1133. doi:10.1016/j.jacc.2013.11.053. PMID: 24491689
4. Savarese G, Lund LH. Global public health burden of heart failure. *Card Fail Rev.* 2017 Apr;3(1):7-11. doi:10.15420/cfr.2016:25:2
5. Haydock PM, Flett AS. Management of heart failure with reduced ejection fraction. *Heart*. 2022 Sep 12;108(19):1571-1579. doi: 10.1136/heartjnl-2020-318811
6. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJS, et al. 2016 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur J Heart Fail. 2016 Aug;18(8):891-975. doi:10.1002/ejhf.592
7. Writing Committee Members, Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013 Oct 15;128(16):e240–e327. doi:10.1161/CIR.0b013e31829e8776
8. Gheorghiade M, Zannad F, Sopko G, Klein L, Piña IL, Konstam MA, et al. Acute heart failure syndromes: current state and framework for future research. *Circulation*. 2005 Dec 20;112(25):3958–3968. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.590091

9. González-Del-Hoyo M, Rossello X. Worsening heart failure comes into focus, chronic heart failure takes a backseat. *Eur J Heart Fail.* 2024 Feb;26(2):230–232. doi:10.1002/ejhf.3143
10. Ancion A, D'Orio V, Lancellotti P. Recommandations européennes concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique. Rev Méd Liège. 2017 Feb;72:68–73. Available from: https://hdl.handle.net/2268/211781
11. Fonarow GC, Stough WG, Abraham WT, Albert NM, Gheorghiade M, Greenberg BH, et al. Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for heart failure: a report from the OPTIMIZE-HF Registry. J Am Coll Cardiol. 2007 Aug 21;50(8):768–777. doi: 10.1016/j.jacc.2007.04.064
12. Radhoe SP, Veenis JF, Brugts JJ. Invasive devices and sensors for remote care of heart failure patients. Sensors (Basel). 2021 Mar 12;21(6):2014. doi:10.3390/s21062014
13. Lesyuk W, Kriza C, Kolominsky-Rabas P. Cost-of-illness studies in heart failure: a systematic review 2004–2016. *BMC Cardiovasc Disord.* 2018 May 2;18(1):74. doi:10.1186/s12872-018-0815-3
14. Devroey D, Van Casteren V. The incidence and first-year mortality of heart failure in Belgium: a 2-year nationwide prospective registration. *Int J Clin Pract.* 2010 Feb;64(3):330-5. doi:10.1111/j.1742-1241.2009.02212.x
15. Van Deursen VM, Damman K, van der Meer P, Wijkstra PJ, Luijckx GJ, van Beek AP, et al. Co-morbidities in heart failure. *Heart Fail Rev.* 2014 Mar;19(2):163–172. doi:10.1007/s10741-012-9370-7
16. Dessie G, Burrowes S, Mulugeta H, Haile D, Negess A, Jara D, et al. Effect of a self-care educational intervention to improve self-care adherence among patients with chronic heart failure: a clustered randomized controlled trial in Northwest Ethiopia. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021 Aug 3;21:374. doi:10.1186/s12872-021-02170-8
17. Cajita MI, Hodgson NA, Budhathoki C, Han HR. Patient adherence to a mobile phone-based heart failure telemonitoring program: a longitudinal mixed-methods study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019 Feb;7(2):e13259. doi:10.2196/13259
18. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Barnsley J, Masino C, Ross HJ. Perceptions and experiences of heart failure patients and clinicians on the use of mobile phone-based telemonitoring. *J Med Internet Res*. 2012 Feb 10;14(1):e25. doi:10.2196/jmir.1912. Available from: https://www.jmir.org/2012/1/e25/

19. Ntebutse JG, Croyere N. Intérêt et valeur du récit phénoménologique : une logique de découverte. *Recherche en soins infirmiers*. 2016;124(1):28-38. doi:10.3917/rsi.124.0028
20. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res.* 2017 Jan 26;17(1):88. doi:10.1186/s12913-017-2031-8
21. Lincoln YS, Guba EG. But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New Dir Program Eval.* 1986;(30):73-84
22. Creber A, Leo DG, Buckley BJR, Chowdhury M, Harrison SL, Isanejad M, et al. Use of telemonitoring in patient self-management of chronic disease: a qualitative meta-synthesis. BMC Cardiovasc Disord. 2023 Sep 19;23(1):469. doi:10.1186/s12872-023-03486-3
23. Chaudhry SI, Barton B, Mattera JA, Spertus JA, Krumholz HM. Randomized trial of telemonitoring to improve heart failure outcomes (Tele-HF): study design. *J Card Fail.* 2007 Nov;13(9):709–714. doi:10.1016/j.cardfail.2007.06.720. PMID: 17996818. PMCID: PMC2702538
24. Ong MK, Romano PS, Edgington S, Aronow HU, Auerbach AD, Black JT, et al. Effectiveness of remote patient monitoring after discharge of hospitalized patients with heart failure: the Better Effectiveness After Transition–Heart Failure (BEAT-HF) randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2016;176(3):310-318. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7712
25. Ferreira VM, Muller VA. Remote patient monitoring in heart failure: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. medRxiv [Preprint]. 2026 Apr 29 [cited 2026 May 17]. Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.64898/2026.02.25.26347143v4
26. Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JGF. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 31;(10):CD007228. doi:10.1002/14651858.CD007228.pub3
27. Paré G, Jaana M, Sicotte C. Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base. *J Am Med Inform Assoc.* 2007 May-Jun;14(3):269-277. doi:10.1197/jamia.M2270. PMID:17329725
28. Auener SL, Remers TEP, van Dulmen SA, Westert GP, Kool RB, Jeurissen PPT. *The effect of noninvasive telemonitoring for chronic heart failure on health care utilization:*

systematic review. J Med Internet Res. 2021 Sep 29;23(9):e26744. doi:10.2196/26744. PMID:34586072; PMCID:PMC8515232

29. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, Barnsley J, Masino C, Ross HJ. Mobile phone-based telemonitoring for heart failure management: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2012 Feb 16;14(1):e31. doi:10.2196/jmir.1909. PMID:22356799; PMCID:PMC3374537
30. Kitsiou S, Paré G, Jaana M. Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: an overview of systematic reviews. *J Med Internet Res.* 2015 Mar 12;17(3):e63. doi:10.2196/jmir.4174. PMID: 25768664
31. Riley JP, Bevan G, McKee G. Patient-reported outcome measures in heart failure: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2017;16(4):312–321. doi:10.1177/1474515117694803
32. Greenhalgh J, Gooding K, Gibbons E, Dalkin S, Wright J, Valderas JM, Black N. How do patient reported outcome measures (PROMs) support clinician-patient communication and patient care? A realist synthesis. *J Patient Rep Outcomes*. 2018 Sep 15;2:42. doi:10.1186/s41687-018-0061-6
33. Davis FD. Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Q*. 1989;13(3):319-340. doi:10.2307/249008
34. Venkatesh V, Morris MG, Davis GB, Davis FD. User acceptance of information technology: toward a unified view. *MIS Quarterly*. 2003 Sep;27(3):425–478. doi:10.2307/30036540
35. Carless D. Feedback loops and the longer-term: towards feedback spirals. *Assess Eval High Educ.* 2019;44(5):705-714. doi:10.1080/02602938.2018.1531108
36. Desteghe L, Vijgen J, Heidbuchel H, et al. Telemonitoring-based feedback improves adherence to non-vitamin K antagonist oral anticoagulants intake in patients with atrial fibrillation: a randomised clinical trial. *Eur Heart J*. 2018;39(16):1394–1403. doi:10.1093/eurheartj/ehx762
37. Poulet N. Information du patient et consentement éclairé en matière médicale. *Trajectoires humaines transcontinentales*. 2018 Dec 20;4. doi:10.25965/trahs.1174. Available from: https://www.unilim.fr/trahs/index.php?id=1174
38. Ekstedt M, Nordheim ES, Hellström A, Strandberg S, Hagerman H. Patient safety and sense of security when telemonitoring chronic conditions at home: the views of patients

and healthcare professionals—a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2023;23:581. doi:10.1186/s12913-023-09428-1

39. Khairat S, Chourasia P, Muellers KA, Andreadis K, Lin JJ, Ancker JS. Patient and provider recommendations for improved telemedicine user experience in primary care: a multi-center qualitative study. *Telemed Rep*. 2023 Mar 20;4(1):21–29. doi:10.1089/tmr.2023.0002. PMID: 36950478; PMCID: PMC10027343
40. Hanley J, Pinnock H, Paterson M, McKinstry B. Implementing telemonitoring in primary care: learning from a large qualitative dataset gathered during a series of studies. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):118. doi:10.1186/s12875-018-0814-6. PMID:30021535; PMCID:PMC6052602
41. Hanley J, Ure J, Pagliari C, Sheikh A, McKinstry B. Experiences of patients and professionals participating in the HITS home blood pressure telemonitoring trial: a qualitative study. *BMJ Open*. 2013 May 28;3(5):e002671. doi:10.1136/bmjopen-2013-002671. PMID:23793649; PMCID:PMC3657666
42. Wiegel J, Seppen B, van der Leeden M, van der Esch M, de Vries R, Bos W. Adherence to telemonitoring by electronic patient-reported outcome measures in patients with chronic diseases: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Sep 27;18(19):10161. doi:10.3390/ijerph181910161. PMID:34639463; PMCID:PMC8508527
43. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998;1(1):2–4
44. Walker RC, Tong A, Howard K, Palmer SC. Patient expectations and experiences of remote monitoring for chronic diseases: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Int J Med Inform.* 2019;124:78–85. doi:10.1016/j.ijmedinf.2019.01.013
45. Grissom N, Bhatnagar S. Habituation to repeated stress: get used to it. *Neurobiol Learn Mem.* 2009;92(2):215-224
46. Soliman W, Tuunainen VK. A tale of two frames: Exploring the role of framing in the use discontinuance of volitionally adopted technology. *Information Systems Journal*. 2022;32(3):473-519. doi:10.1111/isj.12355
47. Kwaah PA, Olumuyide E, Farhat K, Malaga-Espinoza B, Abdullah A, Beasley MH, **et al.** Non-invasive telemonitoring in heart failure: a systematic review. *Medicina (Kaunas)*. 2025 Jul 15;61(7):1277. doi:10.3390/medicina61071277. PMID:40731906; PMCID:PMC122997

7. Annexes

7.1. Annexe 1 : guide d'entretien

Introduction :

Bonjour,

Merci d'avoir accepté de participer à cette enquête.

Mon nom est Leloux Amélie, co-investigatrice et je réalise actuellement cette enquête dans le cadre d'un mémoire de fin d'études concernant mon master en sciences infirmières à finalité en pratiques avancées.

Ce travail de recherche porte sur : « les perceptions des patients insuffisants cardiaques vis-à-vis du télémonitoring ». L'objectif principal de cette enquête est de mieux comprendre comment les patients vivant avec une insuffisance cardiaque perçoivent le télémonitoring, notamment ce qui facilite ou freine l'adhésion à ce dispositif.

Il s'agit d'un entretien individuel, basé sur votre vécu et votre ressenti. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : je suis là pour écouter votre expérience, dans le respect de votre parole.

Cet entretien est enregistré avec votre accord, uniquement à des fins d'analyse et durera environ 45 à 60 minutes. L'enregistrement sera transcrit de manière anonyme : votre nom ou tout élément permettant de vous identifier ne figurera pas dans le mémoire. Toutes les données seront traitées dans le respect du secret professionnel et de la confidentialité.

Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou interrompre l'entretien à tout moment, sans justification.

Avant de commencer, avez-vous des questions ? Si vous êtes d'accord, puis-je enregistrer cet entretien ?

Guide d'entretien :

Thème	Question principale	Sous-questions/relance	Objectif
Présentation générale et contexte personnel	Pouvez-vous me parler un peu de vous ?	- Quel âge avez-vous ? - Vivez-vous seul(e) ou accompagné(e) ? - Quelle est votre situation professionnelle ?	Situer le patient dans son cadre de vie et son environnement social.
Parcours de soin et histoire de la maladie	Depuis quand vivez-vous avec une insuffisance cardiaque ?	- Comment avez-vous été diagnostiqué ? - Comment avez-vous vécu le diagnostic ? - Quel a été votre parcours depuis ? - Quels traitements suivez-vous actuellement et comment le gérez-vous ?	Comprendre l'histoire médicale du patient et son rapport à la pathologie.
Découverte et mise en place du télémonitoring	Comment avez-vous découvert le dispositif de télémonitoring ?	- Qui vous en a parlé ? - Comment vous a-t-on présenté ce dispositif ? - Qu'avez-vous compris de son fonctionnement ? - Qu'avez-vous ressenti au moment de son introduction ?	Explorer les conditions de mise en place du dispositif et les réactions initiales.
Utilisation du télémonitoring au quotidien	Comment se passe l'utilisation du télémonitoring au quotidien ?	- Quelles actions réalisez-vous ? - À quelle fréquence ? A quel moment de la journée ? - Est-ce que cela vous prend du temps ? - Est-ce que c'est facile à utiliser ? - Est-ce que vous avez rencontré des difficultés techniques ?	Comprendre les modalités d'utilisation réelle du dispositif.

Représentations et opinions	Que pensez-vous du télémonitoring en général ?	- Quels sont, selon vous, ses avantages ? - Y voyez-vous des limites ? - Cela a-t-il modifié votre relation avec les soignants ?	Explorer les représentations mentales et affectives du dispositif.
Relation avec les professionnels de santé	Quel lien avez-vous avec les professionnels de santé impliqués dans le télémonitoring ?	- Est-ce que vous avez des retours suite à vos transmissions ? - Vous sentez-vous bien accompagné ? - Cette relation a-t-elle changé depuis l'usage du dispositif ?	Évaluer l'impact du dispositif sur la relation thérapeutique.
Facteurs influençant l'observance	Qu'est-ce qui vous motive à utiliser le télémonitoring ?	- Avez-vous déjà oublié ou arrêté de transmettre ? - Qu'est-ce qui pourrait vous décourager ? - Vous sentez-vous libre de poser des questions ou de refuser ?	Identifier les obstacles et leviers à l'observance.
Ressenti et vécu subjectif	Comment vous sentez-vous avec ce dispositif au quotidien ?	- Est-ce que cela vous rassure ? vous inquiète ? - Vous sentez-vous acteur de votre suivi ? - Avez-vous déjà pensé à l'arrêter ?	Comprendre le vécu émotionnel, les attitudes implicites, le niveau d'engagement ou de fatigue.
Bénéfices perçus et attentes	Quels bénéfices tirez-vous du télémonitoring ?	- Vous sentez-vous plus en sécurité ? - En parleriez-vous à d'autres patients ?	Identifier les bénéfices perçus.
Représentation du numérique et acceptabilité	Que pensez-vous de l'utilisation d'outils numériques pour suivre votre santé ?	- Est-ce que vous êtes à l'aise avec les technologies ? - Vous utilisez d'autres applications de santé ? - Est-ce rassurant ou intrusif pour vous ?	Explorer la littératie numérique et l'acceptabilité globale des outils connectés.
Rôle de l'entourage	Votre entourage intervient-il dans la gestion du télémonitoring ?	- Avez-vous de l'aide pour l'utiliser ? - Est-ce que vos proches vous encouragent ?	Comprendre l'influence du cercle social sur l'usage du dispositif.

		- Partagent-ils vos inquiétudes ou vos espoirs ?	
Améliorations possibles	Qu'aimeriez-vous changer ou améliorer dans ce système ?	- Avez-vous des idées ou suggestions ? - Pensez-vous qu'il réponde bien à vos besoins ?	Recueillir des pistes d'amélioration et les attentes non satisfaites.
Conclusion libre	Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience ?	- Y a-t-il une question que vous auriez aimé que je vous pose ? - Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?	Offrir une opportunité de s'exprimer librement, recueillir des données inattendues.

Conclusion :

Je vous remercie sincèrement d'avoir pris le temps de partager votre expérience avec moi aujourd'hui. Vos réponses et votre témoignage sont très précieux pour mieux comprendre le vécu des patients comme vous vis-à-vis du télémonitoring.

Si vous avez d'autres réflexions ou questions qui vous viennent après notre échange, n'hésitez pas à me contacter.

Enfin, je vous rappelle que toutes les informations que vous m'avez confiées resteront strictement confidentielles et anonymisées dans le cadre de cette étude.

Je vous souhaite une bonne continuation et surtout, prenez bien soin de vous.

7.2. Annexe 2 : accord du comité d'éthique Hospitalo-facultaire Universitaire de Liège

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)

LIÈGE université

CHU de Liège

Sart Tilman, le 16 octobre 2025

Monsieur le **Prof. P. LANCELLOTTI**
Monsieur le **Dr A. ANCION**
Service de **CARDIOLOGIE**
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072025000109 ; Notre réf: 2025/322

Cher Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

"Les perceptions des patients insuffisants cardiaques vis-à-vis du télémonitoring dans le cadre de leur prise en soins au quotidien. "
Protocole : **Version 1**

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la **Direction de l'AFMPS**

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur:http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh

7.3. Annexe 3 : tableau complet de la population étudiée

N° participant	Sexe	Age (années)	Situation familiale	Situation professionnelle	Ancienneté insuffisance cardiaque (années)	Durée utilisation télémonitoring (années)	Lieu d'habitation
P1	Homme	74	Célibataire	Retraité	5	2	Urbain
P2	Homme	77	En couple	Retraité	<1	<1	Rural
P3	Homme	85	En couple	Retraité	20	5	Rural
P4	Homme	65	En couple	Actif	10	5	Rural
P5	Femme	61	En couple	Active	<1	<1	Rural
P6	Homme	37	Célibataire	Actif	20	5	Urbain
P7	Homme	58	En couple	Actif	8	4	Rural
P8	Homme	26	En couple	Actif	1	1	Rural
P9	Femme	81	En couple	Retraitée	2	2	Rural
P10	Homme	79	Veuf	Retraité	35	5	Rural
P11	Homme	49	En couple	Actif	1	1	Rural
P12	Homme	28	Célibataire	Actif	1	1	Rural
P13	Homme	56	En couple	Actif	1	1	Rural

7.4. Annexe 4 : tableau complet de la population ayant refusé la participation

N° participant	Sexe	Age (années)	Lieu d'habitation	Raison du refus
P14	Femme	58	Urbain	Greffée cardiaque
P15	Homme	59	Urbain	Pas d'intérêt pour le télémonitoring
P16	Homme	21	Urbain	Pas d'intérêt pour le télémonitoring
P17	Homme	47	Rural	Insuffisance cardiaque stabilisée
P18	Homme	51	Rural	Hospitalisé lors de ma collecte des données
P19	Homme	49	Rural	Greffé cardiaque
P20	Homme	58	Urbain	Greffé cardiaque
P21	Femme	36	Urbain	Pas d'intérêt pour le télémonitoring
P22	Femme	42	Urbain	Pas d'intérêt pour le télémonitoring
P23	Homme	33	Urbain	Plus suivi au CHU de Liège
P24	Homme	54	Rural	Plus suivi au CHU de Liège
P25	Homme	60	Rural	Pas d'intérêt pour le télémonitoring
P26	Homme	46	Urbain	Pas d'intérêt pour le télémonitoring
P27	Homme	56	Rural	Fin de vie
P28	Femme	47	Urbain	Insuffisance cardiaque stabilisée
P29	Homme	77	Urbain	Pas d'intérêt pour le télémonitoring
P30	Homme	36	Urbain	Plus suivi au CHU de Liège

7.5. Annexe 5 : tableau théorique du modèle TFA avec résumé des résultats

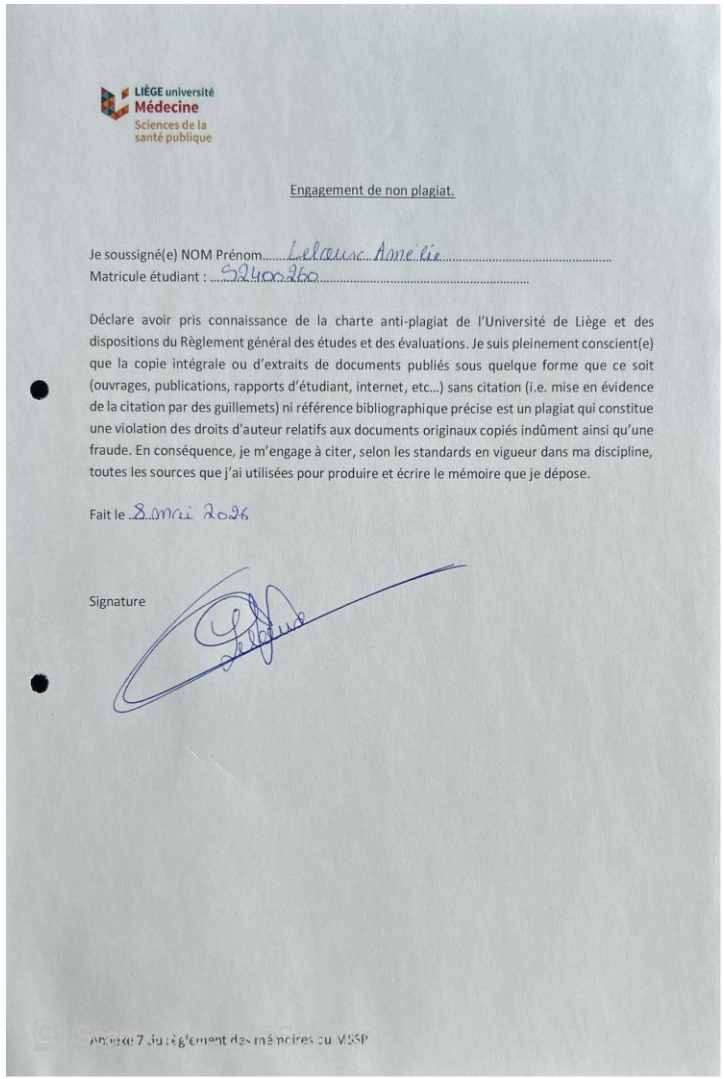
Thème en anglais	Thème en français	Définitions	Sous-thèmes	Définition du sous-thème	Participants	Exemple de verbatims
Affective Attitude	Attitude affective	Sentiments positifs ou négatifs envers l'intervention	Sentiment de sécurité	Dimension centrale de l'acceptabilité : le télémonitoring est majoritairement vécu comme un filet de sécurité clinique et émotionnel.	P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11	« On se sent entouré, on se sent moins seul. » (P4)
			Acceptation sereine	L'acceptabilité est facilitée par une posture psychologique stable face à la maladie.	P1, P2, P3, P5, P10	« Moi, je suis optimiste 300%. » (P3)
			Confiance institutionnelle forte	La confiance envers l'équipe soignante renforce fortement l'adhésion.	P3, P4, P9, P10	« J'ai confiance en tout le monde moi. » (P10)
			Variabilité émotionnelle	L'acceptabilité évolue selon la trajectoire clinique et émotionnelle.	P11, P12	« Au début, c'était difficile… ça varie un peu. » (P12)
			Neutralité affective	Acceptabilité pragmatique, peu chargée émotionnellement.	P13	« Le terme sécurité non… je n'ai pas d'avis. »
			Désengagement	Cas d'attitude négative marquée, associée à l'abandon.	P6	« J'ai le même sentiment qu'elle est à l'abandon. » (P6)

Burden	Charge perçue	Effort perçu pour se conformer à l'intervention	Charge temporelle faible	Charge perçue comme minime, compatible avec la vie quotidienne.	P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P10, P11, P13	« Ce n'est même pas 10 minutes. » (P3)
			Intégration ritualisée	La ritualisation favorise l'adhésion durable.	P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13	« La première chose que je fais en me levant… » (P4)
			Contraintes techniques mineures	Irritations ponctuelles sans impact majeur sur la poursuite.	P1, P2, P4, P5, P9, P11, P13	« J'avais toute une série de messages… » (P2)
			Charge contextuelle	Charge perçue comme plus importante selon contexte de vie.	P9, P12	« Cinq minutes le matin… quand on est pressé. » (P12)
			Charge excessive et chronophagie	Facteur majeur du désengagement.	P6	« Au moins 10 minutes, ça c'est certain. » (P6)
Ethicality	Ethique	Concordance perçue avec ses valeurs personnelles	Adhésion volontaire	Acceptabilité fondée sur le libre choix.	P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13	« C'est moi qui ai dit oui. » (P1)
			Responsabilisation	Alignement avec des valeurs de rigueur.	P2, P5, P7, P9	« C'est une discipline de vie. » (P2)
			Neutralité éthique	Pas de conflit de valeurs exprimé.	P13	« A priori je dirais non… »

			Incompatibilité utilitariste	L'outil doit produire un effet concret pour être acceptable.	P6	« C'est comme s'il y avait un appareil… qui ne fonctionne pas. »
Intervention Coherence	Cohérence de l'intervention	Compréhension de l'objectif et des mécanismes de l'intervention	Bonne compréhension du rôle d'alerte et du circuit soignant	Compréhension claire du système de surveillance clinique.	P2, P5, P8, P9, P10, P11, P13	« Madame *** a téléphoné le jour même. » (P9)
			Compréhension centrée sur le poids	Intégration correcte des indicateurs cliniques.	P4, P5, P9, P10	« Si c'est un kilo, il faut que je revienne. » (P9)
			Compréhension partielle	Manque de visibilité sur le monitoring invisible.	P1, P3, P12	« Je ne sais pas si ça contacte directement un professionnel. » (P12)
			Rupture de cohérence	Absence de feedback = perte de sens.	P6	« J'ai l'impression d'entretenir des données qui ne servent à rien. » (P6)
			Internalisation des apprentissages	Le dispositif devient inutile une fois les compétences acquises.	P11	« Je n'ai plus besoin de l'effet coaching. » (P11)
Opportunity Costs	Coûts d'opportunité	Ce à quoi l'individu doit renoncer pour se conformer	Absence de coût perçu	Acceptabilité renforcée par l'absence de sacrifice ressenti	P1, P2, P4, P5, P7, P8, P10, P11, P13	« Pas spécialement. » (P13)
			Coût assumé mais accepté	Arbitrage personnel en fonction du contexte.	P9, P12	« Évidemment que c'est une contrainte. » (P9)
			Coût excessif	Échec d'acceptabilité à long	P6	« Trop chronophage. » (P6)

				terme.		
			Arrêt justifié par stabilisation	Abandon non conflictuel, lié à l'évolution clinique.	P11	« Je vais plutôt passer par une prise de rendez-vous. » (P11)
Perceived Effectiveness	Efficacité perçue	Croyance en l'efficacité de l'intervention	Efficacité concrètement vécue	Les expériences directes renforcent fortement la crédibilité du dispositif.	P2, P4, P8, P9, P11	« Elle m'a directement appelé le jour même. » (P8)
			Efficacité anticipée	Confiance fondée sur la vigilance supposée.	P1, P3, P5, P7, P10	« Si jamais il y avait quelque chose… on préviendrait. » (P3)
			Utilité organisationnelle	Bénéfice logistique significatif.	P1, P3, P7, P10, P11	« Beaucoup plus facile que d'écrire sur des papiers. » (P7)
			Utilité déclinante en phase stable	L'efficacité perçue diminue lorsque la pathologie est stabilisée.	P11, P12, P13	« Je ne sentais plus vraiment cette nécessité du suivi. » (P11)
			Inefficacité perçue	Absence de bénéfice tangible	P6	« Savoir que je pèse 65, 70 kg, ça n'a jamais rien changé. » (P6)
Self-Efficacy	Auto-efficacité	Confiance en sa capacité à respecter sa politique	Autonomie complète	Forte autonomie d'usage.	P1, P2, P3, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13	« C'est quelque chose que j'ai géré vraiment tout seul. » (P11)
			Compétence numérique élevée	Littératie numérique facilitatrice.	P2, P3, P6, P8, P11, P12, P13	« On développe aussi des applications. » (P12)
			Exigence technologique élevée	Attentes élevées → insatisfaction.	P6	« Il faut intégrer une IA là-dedans. »

7.6. Annexe 6 : engagement de non-plagiat



LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom..... Lebreuse Amélie.....
Matricule étudiant : ..... 52400260.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le 8 mai 2026

Signature

Annexe 7 du règlement des mémoires du VSSP