LIÈGE université
Psychologie, Logopédie
& Sciences de l'Éducation

EABCT

RUCHE

ÉTUDE DE VALIDATION PSYCHOMÉTRIQUE DE LA VERSION FRANÇAISE DE LA HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE II (HPLP-II-F)

Doctorante : AYMAN Yasemin
Co-autrice : EK Esin
Promotrice : ETIENNE Anne-Marie

17/09/20 - EABCT 2020

INTRODUCTION

Hygiène de vie ⇄ Santé mentale

Concept d'Hygiène de Vie (HdV) :

- Définition consensuelle ✗
- Plusieurs cadres théoriques existent ✗
- Instrument de mesure unanimement accepté ✗

→ **Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II)** : évaluer les comportements associés à un mode de vie sain.

(Alosaimi et al., 2023; Dehghani et al.,2024; Firth et al., 2020; Foster et al., 2024 ; Pender, 1975)

Introduction : Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II)

- **Première version** (Walker et al., 1987)

- **Seconde version révisée** (Walker et al., 1996) :
  - 52 items (le score total peut varier de 52 à 208).
  - 6 sous-dimensions : le développement spirituel, les relations interpersonnelles, la nutrition, l'activité physique, la responsabilité en matière de santé et la gestion du stress (le score aux sous-dimensions peut varier de 8 à 36).

→ Plus un score est élevé et plus le comportement est adopté par la personne.



Objectif de l'étude : traduire en français la HPLP-II et examiner ses propriétés psychométriques.

MÉTHODOLOGIE

- Population: adultes Francophones en Belgique.
- Participation en ligne.
- Deux questionnaires :
    1. Un questionnaire sociodémographique.
    2. La version française de la HPLP-II-F (p.ex. *Je fais régulièrement de l'exercice physique*).



MÉTHODOLOGIE

- **Statistiques descriptives**
- **Analyse factorielle confirmatoire (AFC)**
- **Analyse factorielle exploratoire (AFE)**
- **Commentaires libres** des participants à la fin du questionnaire
- **Groupe d’experts** : cardiologue, généraliste, psychologue de la santé

RÉSULTATS : STATISTIQUES DESCRIPTIVES

- N = 316
- 27.5% ♂, 72.5%♀
- Age moyen = 38 ans (ET=14.8)
- Score total moyen : 125 (médiane = 125, peut varier de 52 à 208)
    - Activité physique : 18,4 (plus faible)
    - Relations interpersonnelles : 25,5 (plus élevé)

    → Peut varier de 8 à 36

→ Variabilité présente dans toutes les dimensions, **sans valeurs extrêmes dominantes**

RÉSULTATS : ANALYSE FACTORIELLE CONFIRMATOIRE

Indices d'ajustement du modèle :

- χ^2 = 2393, ddl = 1258, p < .001 ⟶ significatif, courant dans les échantillons de taille moyenne à grande.
- **CFI** = 0.755 ; **TLI** = 0.742 < 0.90 ⟶ le modèle initial ne parvient pas à reproduire de manière satisfaisante la structure factorielle attendue.
- **RMSEA** = 0.0709 ; IC90% = 0.0502–0.0567 ⟶ ajustement acceptable entre 0.05 et 0.08.
- **SRMR** = 0.0535 ⟶ ajustement acceptable < 0.08.

⟶ Les indices d'ajustement présentent un **profil contrasté**.
⟶ Nécessité d'un modèle révisé : **Analyse factorielle exploratoire**.

RÉSULTATS : ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

AFE en composante principale avec rotation oblique Oblimin : analyse des contributions des items sur la structure factorielle (charge factorielle <0.40 ou croisée = suppression) :

- **Suppression de 30 items : 1, 7, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 20, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 45, 48, 49, 50, 51, 52**

6 sous-dimensions initiales?

1. **Activité physique : 7 items**
2. **Responsabilité en santé : 5 items**
3. **Développement spirituel : 4 items**
4. **Gestion du stress : 3 items**
5. **Nutrition : 3 items**
6. **Relations interpersonnelles /**

3 facteurs?

5 facteurs?

RÉSULTATS : ANALYSE FACTORIELLE EXPLORATOIRE

Solution à 3 facteurs		**Solution à 5 facteurs**	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénient
Solution plus parcimonieuse.	Ajustement moins satisfaisant (RMSEA = 0,064 ; TLI = 0,912).	Meilleur ajustement du modèle (RMSEA = 0,038 ; TLI = 0,953 et BIC plus faible).	Les facteurs 4 et 5 ne comportent que 3 items chacun, ce qui peut poser question sur la validité de construit.
Conforme au critère de Kaiser (eigenvalue >1)/critiqué.	Suppression de 3 items supplémentaires et redistribution de 3 items dans d'autres facteurs, peu cohérente théoriquement.	Meilleure cohérence avec le modèle théorique des comportements de santé.	

⟶ Décision finale : **modèle en 5 facteurs**
⟶ Bonne cohérence interne (ω **= 0,855)**

RÉSULTATS : ANALYSE DES COMMENTAIRES (PARTICIPANTS ET EXPERTS)

1. **Problèmes des modalités de réponse**
   a. Échelle Likert jugée trop peu nuancée (*Jamais*, *Parfois*, *Souvent*, *Régulièrement*)
   b. Charge cognitive élevée pour certains items avec double fréquences
   c. Besoin d'une modalité « non concerné·e »

2. **Problèmes de compréhension des items**
   a. Notion de « portion » peu claire et subjective : forte atteinte de la dimension « Nutrition » (items supprimés après AFE)

3. **Spécificités culturelles**
   a. Items alimentaires parfois peu adaptés aux habitudes belges
   b. Certains items jugés peu pertinents pour les comportements de santé (p.ex. développement spirituel, relations interpersonnelles)

(Krosnick, 1991 ; Schaeffer & Presser, 2003 ; Marmot, 2005)

DISCUSSION

Question centrale : Mesure-t-on bien le même construit d'un contexte à l'autre?

Hypothèses :

- Les comportements de santé = hétérogènes selon les individus et les contextes culturels.
- Les représentations de bons comportements de santé sont non universelles.
- HPLP-II, développée en 1996 ⟶ évolution des recommandations en matière de santé et d'alimentation (inadéquation?)

  →Nécessité d'une adaptation culturelle et actuelle des évaluations des comportements de santé.

⟶ Indices sur l'absence de consensus liée à l'hygiène de vie.

Version	Items conservés
Turque (Pinar et al., **2009**)	**48**
Chinoise (Teng et al., **2010**)	**30**
Taiwanaise (Meihan et al., **2011**)	**51**
Espagnole (Pérez-Fortis, **2012**)	**44**
Italienne (Savarese et al., **2018**)	**26**
Malaisienne (Kuan et al., **2019**)	**50**
Française (Ayhan et al., **2026**)	**22**

(Marmot, 2005 ; Kris-Etherton et al., 2020 ; Willett et al., 2019 ; Cockerham, 2021 ; WHO, 2022)

CONCLUSION

- Structure initiale (6 facteurs – 52 items) non confirmée.
- Version retenue : 5 facteurs – 22 items.
- Qualités psychométriques satisfaisantes, mais couverture incomplète de l'hygiène de vie

La mesure des comportements de santé est fortement influencée par le contexte socioculturel ⟶ la traduction ne garantit pas l'équivalence conceptuelle d'un instrument ⟶ développement d'outils culturellement et temporellement adaptés, capables de refléter la complexité de l'hygiène de vie dans un contexte donné.

Complexité de modéliser la notion d'hygiène de vie : concept dynamique, culturelle et difficilement généralisable.



RÉFÉRENCES

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215. https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
- Brown, R. L., Leonard, T., Saunders, L. A., & Papasouliotis, O. (1998). The prevalence and detection of substance use disorder among inpatients ages 18 to 49: An opportunity for prevention. Preventive Medicine, 27(1), 101–110. https://doi.org/10.1006/pmed.1997.0253
- Brown, T. A. (2015). Confirmatory factor analysis for applied research (2nd ed.). Guilford Press.
- Comrey, A. L. & Lee, H. B. (1992). A first course in factor analysis (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Costello, A. B. & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation, 10(7), 1–9.
- Dehghani, A. (2024). Development and validation of the clinical judgment capability questionnaire in nurses: A sequential exploratory mixed method study. International Journal of Nursing Studies Advances, 6, 100191. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100191
- Durieux, N., Étienne, A.-M., & Willems, S. (2017). Introduction à l'Evidence-Based Practice en psychologie. Le Journal des Psychologues, 345, 25–30.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA, 252(14), 1905–1907. https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905
- Gorsuch, R. L. (1983). Factor analysis (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Hoffmann, T., Bennett, S., & Del Mar, C. (2013). Evidence-Based Practice Across the Health Professions. Elsevier.
- Krosnick, J. A. (1991). Response strategies for coping with the cognitive demands of attitude measures in surveys. Applied Cognitive Psychology, 5(3), 213–236. https://doi.org/10.1002/acp.2350050305
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet, 365(9464), 1099–1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6
- Organisation mondiale de la santé. (2025). Stratégie mondiale de lutte contre les maladies chroniques. OMS.

RÉFÉRENCES

- Pender, N. J. (1996). Health Promotion in Nursing Practice (3rd ed.). Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Barkauskas, V. H., Hayman, L., Rice, V. H., & Anderson, E. T. (1992). Health promotion and disease prevention: Toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook, 40(3), 106–112, 120. https://doi.org/10.1016/0029-6554(92)90001-J
- Pérez-Fortis, A., Ulla Diez, S. M., & Padilla, J. L. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the health-promoting lifestyle profile II. Research in Nursing & Health, 35(3), 301–313.
- R Core Team. (2024). R: A language and environment for statistical computing (Version 4.4). https://cran.r-project.org
- Rosenstock, I. M. (1960). Why people use health services. Milbank Memorial Fund Quarterly, 44(3), 94–127. https://doi.org/10.2307/3348967
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. BMJ, 312(7023), 71–72. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71
- Savarese, G., Carpinelli, L., Cavallo, P., & Vitale, M. P. (2018). Italian psychometric validation of the multidimensional students' health-promoting lifestyle profile scale. Health, 10, 1554–1575.
- Sciensano. (2022). L'impact sur la santé des maladies chroniques est réparti de façon toujours plus inéquitable. Sciensano.
- Teng, H. L., Yen, M., & Fetzer, S. (2010). Health promotion lifestyle profile-II: Chinese version short form. Journal of Advanced Nursing, 66(8), 1864–1873.
- The jamovi project. (2024). jamovi (Version 2.6). https://www.jamovi.org
- Walker, S. N. & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II (Unpublished manuscript). University of Nebraska Medical Center.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76–81.
- Zambrano Bermeo, R. N., Estrada Gonzalez, C., Herrera Guerra, E. d. P., & Aviles Gonzalez, C. I. (2024). Reliability and validity of the Health-Promoting Lifestyle Profile II Spanish version in university students. Healthcare, 12(13), 1330. https://doi.org/10.3390/healthcare12131330

LIÈGE université
Psychologie, Logopédie
& Sciences de l'Éducation

EABCT

RYCHE

MERCI !

yasemin.aynan@uliege.be