

Les médecins discutent-ils des habitudes de vie avec leurs patients?

Chantal Sauvageau, MD, MSc, FRCPC^{1,2}

Stéphane Groulx, MD, FCMF¹

Anne Pelletier, MSc¹

Manale Ouakki, MSc²

Eve Dubé, PhD²

RÉSUMÉ

Objectifs : Documenter les pratiques de counselling en faveur de saines habitudes de vie des médecins généralistes de la région de la Capitale-Nationale (ville de Québec et environs), selon la perspective des patients.

Méthode : Une enquête par sondage téléphonique a été réalisée en 2006 auprès de 482 patients (18-74 ans), recrutés dans 11 cliniques médicales regroupant 84 médecins généralistes.

Résultats : Lors de la visite suivant immédiatement le recrutement, 37 % des répondants disent avoir discuté de tabagisme avec leur médecin, 10 % de la consommation de fruits et légumes et 33 % d'activité physique. La prévalence du counselling sur les habitudes de vie augmentait en fonction de la présence de pathologies préexistantes. Les participants se disaient favorables à recevoir des conseils sur leur mode de vie dans une proportion variant de 82 % (consultation sans rendez-vous) à 99 % (bilan de santé) et 85 % d'entre eux modifieraient leurs habitudes de vie si la recommandation venait d'un médecin (seulement 76 % chez les fumeurs, $p < 0,0001$).

Discussion : Malgré leur importance dans la prévention des maladies chroniques, les habitudes de vie n'ont été discutées que dans 10 à 37 % des visites médicales et principalement avec des patients déjà atteints de maladies chroniques ou de facteurs de risque associés. Les patients se sont montrés très favorables à recevoir des conseils sur leurs habitudes de vie, même lors de visites sans rendez-vous. Il apparaît donc impératif de soutenir les médecins généralistes dans la promotion de saines habitudes de vie auprès de l'ensemble des patients.

Mots-clés : promotion de la santé, habitudes de vie, counselling, pratiques cliniques préventives

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

1. Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2. Unité de recherche en santé publique, CHUQ

Correspondance et demandes de réimpression : Dr Chantal Sauvageau, Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale, 2400 d'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9, Tél. : 418-666-7000, poste 368, Téléc. : 418-666-2776, Courriel : chantal_sauvageau@sss.gouv.qc.ca

Remerciements : Les auteurs remercient les participants à l'enquête téléphonique et les médecins de la région de la Capitale-Nationale ayant collaboré à l'étude. Nous tenons également à souligner l'aide précieuse apportée par Mesdames Émilie Robitaille et Lucille Bouchard et par Monsieur Étienne Côté-Leblanc lors du recrutement. Le soutien de M. Denis Poirier tout au long de l'étude a été grandement apprécié. Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention conjointe du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, dans le cadre du Programme de subventions en santé publique.

À Québec, un quart de la population fume, tandis que la moitié est inactive physiquement et ne consomme pas les cinq portions quotidiennes recommandées de fruits et légumes^{1,2}. Ces habitudes de vie sont pourtant trois déterminants importants dans l'apparition de multiples problèmes de santé³⁻⁶.

Les médecins ont un rôle important à jouer dans la promotion de ces trois habitudes de vie et ils ont une influence considérable sur l'adoption de comportements sains par leurs patients⁷⁻⁹. Plus des trois quarts des Québécois de 12 ans et plus consultent annuellement les médecins à leur cabinet privé, pour une moyenne de quatre visites par année¹⁰.

Toutefois, peu d'études publiées au Québec et au Canada¹¹⁻¹⁵ ont évalué le counselling préventif concernant les habitudes de vie réalisé par les médecins, et encore moins l'ont fait dans le contexte des cliniques médicales privées. Pourtant, la pratique en cabinet privé représente le principal lieu de pratique des médecins omnipraticiens, tant au Québec (53 %) que dans l'ensemble du Canada (73 %) ¹². Des études américaines et européennes ont également documenté que les patients désirent et apprécient recevoir du counselling sur les habitudes de vie de la part de leur médecin¹⁶⁻¹⁸.

Cette étude visait donc à documenter les pratiques de counselling bref portant sur le tabagisme, la consommation de fruits et légumes et la pratique d'activités physiques par les médecins généralistes œuvrant en cabinet privé, selon la perspective de leurs patients.

MÉTHODE

Population à l'étude

L'étude a été réalisée au cours des mois de février, mars et avril 2006 auprès de 482 adultes âgés entre 18 et 74 ans recrutés dans 11 cliniques médicales réparties sur tout le territoire de la région de la Capitale-Nationale (ville de Québec et environs). Cette région, à la fois urbaine et rurale, comprend près de 700 000 habitants. Les cliniques ont été sélectionnées afin de couvrir l'ensemble du territoire ainsi qu'en fonction du nombre de médecins y travaillant (de 1 à 13 médecins) et de contacts préétablis avec l'équipe de recherche.

TABLEAU I

Profil sociodémographique des participants

	N	%
Sexe		
Hommes	156	32
Femmes	326	68
Âge (années)		
18-24	48	10
25-44	174	36
45-64	217	45
65-74	43	9
Scolarité		
Primaire/secondaire	175	36
Collégiale	149	31
Universitaire	158	33
Profil de consultation		
Avec rendez-vous	331	69
Sans rendez-vous	150	31
Raison de consultation		
Visite annuelle	94	20
Problème précis	234	48
Visite de contrôle	71	15
Autres	82	17
Facteurs de risque des participants		
Inactif physiquement	228	47
Fumeur	101	21
Consomme moins de 5 fruits et légumes par jour	226	47

Collecte des données

Après avoir obtenu l'accord de 84 médecins de famille, le recrutement a été réalisé par trois assistants de recherche spécialement formés dans 11 salles d'attente ; 685 patients intéressés à participer à l'enquête téléphonique ont complété un formulaire de consentement écrit et ont fourni leurs coordonnées téléphoniques. Dans les 15 jours suivant le recrutement, les participants étaient rejoints par une firme de sondage. La firme cessait les appels après huit tentatives infructueuses et a mis fin à la collecte des données lorsque 500 entrevues ont été complétées, tel que déterminé dans le protocole.

Taille de l'échantillon

En effet, le logiciel PASS2002 avait permis de déterminer qu'une taille d'échantillon de 500 patients permettait d'obtenir une précision de l'estimé de l'ordre de 4 % si l'erreur alpha était fixée à 5 % et la proportion attendue de médecins réalisant du counselling fixée à 20 %^{19,20}.

Questionnaire

Le questionnaire, d'une durée moyenne de 13 minutes, a été construit à partir de questions validées et utilisées au Québec¹³. Il a été pré-testé auprès de 10 patients recrutés dans les cliniques participantes et ajusté avant le début de l'étude. Les questions ont porté sur le profil sociodémographique et l'état de santé des participants,

TABLEAU II

Discussion entre médecins et patients portant sur les habitudes de vie

	Tabagisme		Consommation de fruits et légumes		Activité physique	
	N	%	N	%	N	%
Lors de la visite de recrutement	179	37	47	10	161	33
Dernière discussion						
• Au cours des 12 derniers mois (incluant la visite de recrutement)	237	49	115	24	241	50
• Entre 1 et 2 ans	28	6	27	6	33	7
• Il y a plus de 2 ans	73	15	42	9	27	6
• Jamais	118	24	272	56	163	34
• Ne sait pas/ pas certain	18	4	23	5	16	3

sur leurs comportements personnels de santé, particulièrement sur les trois habitudes de vie ciblées par l'enquête (tabagisme, consommation de fruits et légumes et activité physique) ainsi que sur le counselling reçu de la part d'un médecin de la clinique sur ces habitudes de vie, lors de la visite suivant le recrutement et au cours des deux dernières années*.

Analyse statistique

La version 9.1 de SAS a été utilisée pour analyser les données. Les proportions ont été comparées par le test du chi-carré ou le test exact de Fisher. Une analyse multivariée de type régression logistique a été conduite. La procédure de sélection automatique pas à pas (stepwise) a permis de dégager le modèle multivarié. Une valeur p bilatérale inférieure ou égale à 0,05 a été considérée significative.

L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche clinique du Centre Hospitalier de l'Université Laval.

RÉSULTATS

Participation

Onze des douze cliniques médicales sollicitées ont accepté de participer à l'étude ; 536 participants potentiels ont été initialement recrutés en milieu urbain et 149 en milieu rural. Huit individus ont refusé de répondre au questionnaire et 27 numéros de téléphone étaient erronés. Les appels cessaient lorsque 500 entrevues étaient complétées. Par contre, l'analyse a porté sur 482 patients puisque 18 des 500 répondants ne correspondaient pas aux critères d'âge. Le tableau I présente les caractéristiques des participants de l'étude. L'âge moyen était de 45 ans.

* Une copie du questionnaire est disponible sur demande auprès des auteurs.

Profils et raisons de consultation des répondants

Lors du recrutement, la plupart des répondants (70 %) s'apprétaient à consulter leur propre médecin de famille (tableau I). Parmi les répondants, 24 % ont déclaré souffrir d'hypertension, 20 % d'hypercholestérolémie, 7 % de maladies cardiovasculaires et 5 % de diabète. Enfin, 21 % des participants à l'étude ont déclaré être fumeurs, 47 % être inactifs physiquement et 47 % ne pas consommer quotidiennement cinq portions de fruits et légumes.

Counselling sur les trois habitudes de vie

Quarante-cinq pourcent (45 %) des répondants ont affirmé n'avoir jamais discuté†, au cours des deux dernières années, de tabagisme avec un médecin de la clinique, 70 % de la consommation de fruits et légumes et 43 % de la pratique d'activités physiques (tableau II).

Selon les analyses multivariées, certains facteurs étaient associés au counselling des médecins concernant les habitudes de vie (tableau III). La probabilité qu'un patient ait reçu du counselling sur le tabagisme augmentait avec le fait de fumer (RC[‡]= 3,21), mais diminuait avec l'âge (RC variant de 0,79 à 0,37). En effet, 47 % des répondants âgés de 65 à 74 ans ont reçu un counselling sur le tabac dans les deux dernières années comparativement à 69 % des 18-24 ans. Seulement 4 des 70 patients ayant déclaré avoir reçu une recommandation de cesser de fumer ont été dirigés par le médecin vers un *Centre d'abandon du tabagisme*, une ressource gratuite d'aide individuelle et de groupe accessible dans

† Une discussion ou un counselling était considéré avoir eu lieu lorsque le médecin s'informait du statut du patient par rapport au tabagisme, à la pratique d'activités physiques ou à la consommation de fruits et légumes, lorsqu'il faisait des recommandations au patient et/ou le félicitait par rapport à ses habitudes de vie.

‡ Rapport de cote

TABLEAU III

Facteurs associés* au counselling sur les habitudes de vie au cours des deux dernières années

Facteurs	Rapport de cote	Valeur p
Facteurs associés au counselling anti-tabagique		
• Fumeur†	3,21	<0,001
• Non-fumeur ayant déjà fumé	1,29	0,23
• Âge entre 25 et 44 ans‡	0,79	0,52
• Âge entre 45 et 64 ans	0,48	0,04
• Âge entre 65 et 74 ans	0,37	0,04
• IMC entre 25 et 29,9§	0,97	0,09
• IMC de 30 et plus	1,18	0,60
Facteurs associés au counselling sur la consommation de fruits et légumes		
Consommation de <5 portions fruits et légumes	1,46	0,07
• Âge entre 25 et 44 ans†	1,10	0,82
• Âge entre 45 et 64 ans	1,44	0,36
• Âge entre 65 et 74 ans	1,71	0,28
• IMC entre 25 et 29,9‡	1,66	0,04
• IMC de 30 et plus	2,19	0,006
• Présence de diabète¶	2,59	0,03
Facteurs associés au counselling en activité physique		
• Âge entre 25 et 44 ans†	1,76	0,10
• Âge entre 45 et 64 ans	1,76	0,11
• Âge entre 65 à 74 ans	3,93	0,04
• IMC entre 25 et 29,9‡	1,57	0,05
• IMC de 30 et plus	1,60	0,10
• Hypertension¶	1,72	0,04
• Hypercholestérolémie	1,66	0,10
• Maladies cardiovasculaires	0,46	0,07
• Diabète	3,25	0,05

* Obtenus par régression logistique pour la variable dépendante suivante : counselling reçu par les patients dans les deux dernières années. Les variables associées à cette variable dépendante à un seuil de signification $p \leq 0,2$ en analyse univariée étaient considérées pour le modèle multivarié ainsi que les variables confondantes.

† La catégorie de référence correspond à ceux n'ayant jamais fumé.

‡ La catégorie de référence correspond aux 18-24 ans.

§ La catégorie de référence correspond à un IMC <25.

|| La catégorie de référence correspond à la consommation de 5 portions et plus de fruits et légumes.

¶ La catégorie de référence correspond à l'absence de la pathologie mentionnée.

TABLEAU IV

Réceptivité des patients à recevoir un counselling sur les habitudes de vie

	N	%	% en accord
Lors de la visite annuelle			99
Totalem d'accord	390	81	
Plutôt en accord	85	18	
Lors d'une consultation pour un problème chronique			95
Totalem d'accord	339	70	
Plutôt en accord	119	25	
Lors d'une consultation pour un problème aigu			89
Totalem d'accord	316	66	
Plutôt en accord	111	23	
Lors d'une consultation sans rendez-vous			82
Totalem d'accord	235	49	
Plutôt en accord	160	33	

chacun des Centres de santé et de services sociaux du Québec.

Quant au counselling sur la consommation de fruits et légumes, les analyses multivariées ont démontré que l'indice de masse corporelle (IMC) et la présence de certaines pathologies, principalement le diabète (RC = 2,59), étaient les facteurs les plus fortement associés.

Pour l'activité physique, la probabilité de recevoir du counselling augmentait avec l'âge du patient (RC = 3,93 pour la catégorie d'âge 65 à 74 ans) et avec la présence d'un IMC entre 25 et 29,9 (RC =

1,57) et de différentes pathologies, à l'exception des maladies cardiovasculaires (tableau III).

Réceptivité des répondants face aux recommandations du médecin

Plus de 80 % des patients étaient d'accord pour recevoir des conseils du médecin concernant les trois habitudes de vie ciblées, même lors de cliniques sans rendez-vous (tableau IV).

De plus, la grande majorité des patients interrogés (85 %), peu importe leur âge, leur sexe, leur scolarité, et le fait qu'ils

soient atteints ou non de problèmes de santé sur lesquels a porté l'enquête, ont affirmé qu'ils tenteraient de modifier une ou plusieurs des trois habitudes de vie si ce conseil leur était donné par un médecin. Une seule différence significative a été démontrée : les fumeurs semblaient plus résistants à l'idée de modifier leurs habitudes de vie, même si ce conseil venait d'un médecin (93 % pour les non-fumeurs et les anciens fumeurs contre 76 % pour les fumeurs, $p < 0,0001$).

DISCUSSION

Seul le tiers des patients interrogés disaient avoir été questionnés sur leur pratique d'activités physiques ou sur leur statut tabagique lors de la visite médicale suivant le recrutement tandis qu'un patient sur dix disait avoir discuté de la consommation de fruits et de légumes avec le médecin. Les consultations sur rendez-vous ont été les moments privilégiés par les participants pour le counselling sur les habitudes de vie. Toutefois, tel que documenté par d'autres enquêtes^{16-18,21,22}, les participants étaient extrêmement réceptifs à entendre parler de prévention, quel que soit le contexte de la consultation et même lors de rencontres sans rendez-vous.

Plus spécifiquement, le counselling des médecins était principalement orienté vers des patients déjà porteurs de maladies chroniques ou de facteurs de risque pour qui un changement des habitudes de vie constituait le plus souvent une mesure de prévention secondaire ou même tertiaire. Puisque les médecins peuvent aussi agir beaucoup plus en amont, auprès d'une population non encore atteinte, des efforts devraient être déployés afin d'inciter les praticiens à dispenser des messages brefs à leur clientèle plus jeune et non encore aux prises avec des facteurs de risque.

Suivant l'objectif d'introduire un changement à la fois^{23,24}, il peut être adéquat qu'un patient ne reçoive du counselling que sur une seule habitude de vie au cours d'une visite médicale. Il est cependant décevant de constater que peu de médecins connaissent les ressources offertes pour appuyer les patients dans leur démarche visant à modifier une habitude de vie. Par exemple, très peu de patients ont été dirigés par le médecin vers l'un des *Centres d'abandon du tabagisme*, une ressource

pourtant accessible gratuitement sur tout le territoire québécois.

À notre connaissance, deux études^{17,25} publiées récemment ont analysé le counselling préventif en habitudes de vie réalisé par des médecins dans le contexte de cliniques médicales privées et à partir de la perspective de patients adultes. L'une d'entre elles, américaine²⁵, est parvenue à des résultats similaires à ceux présentés ici et l'autre, réalisée en Suède¹⁷, à des fréquences de counselling beaucoup moins élevées. Les différentes méthodologies utilisées, tant concernant la population étudiée (patients qui consultent ou population générale), que le nombre de visites, la durée considérée pour l'analyse et le type de collecte de données (questionnaire postal ou téléphonique), peuvent expliquer, en bonne partie, les écarts entre les résultats de ces études. Enfin, les enquêtes basées sur des enregistrements audio ou vidéo, souvent considérées comme étant l'étalon or, sont rares. Une étude québécoise récente, réalisée dans des cliniques de médecine familiale et basée sur des enregistrements audio, concluait que des discussions sur la nutrition, sur l'activité physique et sur le tabagisme avaient eu lieu dans respectivement 60 %, 56 % et 50 % des 148 visites médicales analysées. Toutefois, l'enquête portait uniquement sur les consultations pour un bilan de santé annuel et seule la fréquence des discussions, et non leur contenu, était analysée¹¹.

Le point de vue des patients nous apparaissait donc comme une perspective intéressante pour analyser les pratiques préventives des médecins généralistes. En effet, la perception des patients se rapprocherait davantage de la réalité du dossier clinique que celle des médecins, qui ont tendance à surestimer leur performance²⁶⁻²⁸.

L'échantillonnage non aléatoire et l'absence de données sur les caractéristiques des patients n'ayant pas participé à l'enquête représentent des limites à cette étude. Le choix des cliniques, entre autres guidé par la présence d'un médecin connu de l'équipe de recherche, a pu contribuer à tracer un portrait optimiste du counselling réalisé par les médecins en cliniques médicales privées. Malgré l'échantillonnage non aléatoire, les participants avaient des caractéristiques comparables à celles de la population adulte de la région, lorsque les données sont recueillies par auto-

déclaration^{1,2,29}. Tel qu'attendu, la proportion de femmes recrutées était plus élevée, puisque celles-ci ont tendance à consulter davantage³⁰.

Enfin, les résultats obtenus dans cette étude auront un impact encore plus important sur les décisions en santé publique si l'étude est répétée dans le temps et dans d'autres régions québécoises et canadiennes. Des stratégies de diffusion efficaces devront être implantées afin que les médecins généralistes soient informés des ressources disponibles en promotion de la santé et sachent que les patients souhaitent discuter de leur mode de vie avec leur médecin, même lors de visites sans rendez-vous.

Le défi associé à l'intégration du counselling portant sur de saines habitudes de vie à la pratique médicale demeure toutefois entier puisque, dans un temps de consultation souvent très court, ce counselling entre en compétition avec d'autres interventions préventives et curatives. Il apparaît donc impératif de soutenir les médecins généralistes dans la promotion de saines habitudes de vie auprès de l'ensemble des patients et non seulement auprès des patients déjà atteints de maladies chroniques.

RÉFÉRENCES

1. Caron MN, Sauvageau C, Paquette D. Habitudes de vie et poids. État de situation, programmes en place et défis pour la région de la Capitale-Nationale. Québec : Direction de la santé publique de la Capitale-Nationale, 2006.
2. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 [Monographie sur Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2003. Disponible en ligne à : http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=fr&db=IMDB&dbg=f&adm=8&dis=2 (Consultée le 18 janvier 2007).
3. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public health service. Smoking and Health, Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington, DC: Public Health Publication Service, 1964.
4. Steinmetz KA, Potter JD. Vegetables, fruit, and cancer prevention: A review. *J Am Diet Assoc* 1996;96(10):1027-39.
5. Bucksch J, Schlicht W. Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases – An epidemiological review. *Soz Präventiv Med* 2006;51(2006):281-301.
6. Sauvageau L, Lepage C, Sauvageau C. Pour un programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012. Québec : Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 2002.
7. Hilton S, Doherty S, Kendrick T, Kerry S, Rink E, Steptoe A. Promotion of healthy behaviour among adults at increased risk of coronary heart disease in general practices: Methodology and baseline from the Change of Heart study. *Health Educ J* 1999;58:3-16.
8. Pinto BM, Goldstein MG, Marcus BH. Activity counselling by primary care physicians: Review. *Prev Med* 1998;27:506-13.
9. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Les lignes directrices pour la médecine préventive : leur rôle dans la prévention clinique et la promotion de la santé. Ottawa, ON : Santé Canada, 1994.
10. Régie de l'assurance maladie du Québec [Base de données sur Internet]. Nombre de participants, nombre de services médicaux et leur coût par participant selon le type de service et la région socio-sanitaire, 2003. Disponible en ligne à : https://www5.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/Commun/Pdf/MOD_SM15_2003_0_O.pdf (Consultée le 7 février 2007).
11. Beaudoin C, Lussier MT, Gagnon RJ, Brouillet MI, Lalande R. Discussion of lifestyle-related issues in family practice during visits with general medical examination as the main reason for encounter: An exploratory study of content and determinants. *Patient Educ Counselling* 2001;45:275-84.
12. Savard I, Rodrigue J. La pratique professionnelle des médecins de famille au Québec et au Canada, résultats préliminaires d'un sondage pancanadien. *Le Médecin du Québec* 2001;36(11):103-8.
13. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « Au cœur de la vie ». Le projet québécois de dissémination en santé du cœur (PQDSC-II). Premier rapport annuel [Monographie sur Internet]. Québec : INSPQ, 2001. Disponible en ligne à : <http://www.inspq.qc.ca> (Consultée le 24 janvier 2007).
14. Groulx S, Maârroufi A, Haiek L, Donovan D, Chapuis P. Promotion de la prévention clinique (PPC) : un projet de promotion des pratiques préventives démontrées efficaces auprès des médecins de première ligne de la Montérégie. Québec : Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2001.
15. O'Loughlin J, Makni H, Tremblay M, Lacroix C, Gervais A, Déry V, et al. Smoking cessation counselling practices of general practitioners in Montreal. *Prev Med* 2001;33:627-38.
16. Conroy MB, Majchrzak NE, Regan S, Silverman CB, Schneider LI, Rigotti NA. The association between patient-reported receipt tobacco intervention at a primary care visit and smokers' satisfaction with their health care. *Nicotine Tobacco Res* 2004;7(Suppl 1):S29-S34.
17. Johansson K, Bendtsen P, Akerlind I. Advice to patients in Swedish primary care regarding alcohol and other lifestyle habits: How patients report the actions of GPs in relation to their own expectations and satisfaction with the consultation. *Eur J Public Health* 2005;15(6):615-20.
18. Duaso MJ, Cheung P. Health promotion and lifestyle advice in a general practice: What do patients think? *J Adv Nurs* 2002;39(5):472-79.
19. Institut de la statistique du Québec. Enquête sociale et de santé 1998 : 2^e édition. Québec : Gouvernement du Québec, 2001.
20. Russel NK, Rotter DL. Health promotion counselling of chronic disease patients during primary care visits. *Am J Public Health* 1993;83(7):979-82.
21. Cogswell B, Eggert MS. People want doctors to give more preventive care: A qualitative study of health care consumers. *Arch Fam Med* 1993;2:611-19.
22. Godin G, Shephard RJ. An evaluation of the potential role of the physician in influencing community exercise behavior. *Am J Health Promot* 1990;4(4):255-59.
23. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioural counselling

interventions: An evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22(4):267-84.

24. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Counselling for Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners. London, ON: Canadian Task Force, 2001.
25. Arndt S, Schultz SK, Turvey C, Petersen A. Screening for alcoholism in the primary care setting. *J Fam Pract* 2002;51(1):41-46.
26. Waitzin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984;252(17):2441-46.
27. Lewis CE, Wells KB, Ware J. A model for predicting the counselling practices of physicians. *J Gen Intern Med* 1986;1(1):14-19.
28. Cohen SJ, Halvorson HW, Gosselink CA. Changing physician behaviour to improve disease prevention. *Prev Med* 1994;23:284-91.
29. Santé Canada [Base de données sur Internet]. Scolarité et fréquentation scolaire au Canada, Recensement de 2001 - Fréquentation scolaire, plus haut niveau de scolarité atteint, groupes d'âge et sexe pour la population de 15 ans et plus. Disponible en ligne à : <http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=95F0418X> (Consultée le 24 janvier 2007).
30. Régie de l'assurance maladie du Québec [Base de données sur Internet]. *Nombre de participants, nombre de services médicaux et leur coût selon le sexe, le groupe d'âge et le type de service, rémunération à l'acte, médecine et chirurgie*. Disponible en ligne à : https://www5.ramq.gouv.qc.ca/IST/CD/Commun/Pdf/MOD_SM13_2004_0_O.pdf (Consultée le 8 février 2007).

Reçu : 23 mars 2007
 Accepté : 10 juillet 2007

ABSTRACT

Objective: To document counselling practices of general practitioners concerning lifestyle habits in the Capitale-Nationale region (Quebec City and area), from the patient's perspective.

Method: A cross-sectional telephone survey was carried out in 2006 among 482 patients (18-74 years of age) recruited in 11 medical clinics employing 84 general practitioners.

Results: At the visit immediately following the recruitment, 37% of participants reported having discussed smoking with their physician, 10% fruit and vegetable consumption and 33% physical activity. The prevalence of counselling on lifestyle habits increased as a function of pre-existing pathology. Participants said they were favourable to receiving advice on their habits in a proportion that varied from 82% (walk-in clinics) to 99% (health check) and 85% of them would modify their lifestyle habits if the advice was given by a physician (only 76% among smokers, $p < 0.0001$).

Discussion/Conclusion: Even if they play a key role in chronic disease prevention, lifestyle habits were discussed in only 10 to 37% of medical visits and especially with patients who already had chronic disease or associated risk factors. Patients were very receptive to receiving advice on their lifestyle habits, even in walk-in clinics. It is now imperative to support general practitioners in the promotion of healthy lifestyle habits with all patients.

Key words: Health promotion; lifestyle; counseling; preventive health services

Participez à l'Initiative canadienne d'immunisation internationale (ICII)

Nous cherchons les gens comme vous avec une vaste expérience de l'immunisation, de la surveillance de maladies, de l'épidémiologie ou des programmes de gestion de données et qui ont déjà vécu une expérience interculturelle. La capacité de travailler en français et dans d'autres langues est un atout important.

Pour renseignements, contactez
ciii@cpha.ca
 où visitez notre site Web :
<http://ciii.cpha.ca>

Get Involved with the Canadian International Immunization Initiative (CIII)

We are looking for people like you with extensive experience in immunization, disease surveillance, epidemiology or data management programs who have cross-cultural experience. If you can work in French and any other languages, this will be extremely helpful.

For information, please contact the Canadian International Immunization Initiative at
ciii@cpha.ca or visit our website at
<http://ciii.cpha.ca>