



# Le Beat S1 : E5 Transcription – 2023

# Le Beat – Épisode 5 Transcription finale

## Questions pour un cardiologue

[00:00:02] **D<sup>r</sup> Nicolas Noiseux** : On a fait des opérations à cœur ouvert sans même endormir le patient. C'est-à-dire qu'on faisait l'opération de pontage et le patient était capable de nous parler pendant l'opération. C'est toutes des choses qu'on n'aurait pas pensé, il y a de ça 20 ou 30 ans.

[00:00:21] **Julie du Page** : Il y a de fortes chances que vous ou l'un de vos proches aies été personnellement touché par une maladie du cœur ou un AVC. Ces maladies peuvent dévaster des vies, parfois de façon soudaine, mais il y a de l'espoir. Je m'appelle Julie du Page et vous écoutez Le Beat, un balado produit par Cœur + AVC avec le soutien de nos généreux donateurs. Dans chaque épisode, les plus grands experts du pays se joignent à nous pour discuter des questions les plus urgentes liées à la santé du cœur et du cerveau. Et vous serez inspirés par de vrais récits de personnes vivant avec une maladie du cœur ou les séquelles d'un AVC. Merci de votre écoute. Passons maintenant à l'épisode.

Au pays, 3,5 millions de personnes vivent avec les séquelles d'une maladie du cœur ou d'un AVC. C'est beaucoup. Il est donc normal de se poser des questions sur les signes avant-coureurs, sur son risque cardiovasculaire ou encore sur la prévention. Après tout, près de 80 % des maladies du cœur et des AVC précoces peuvent être évités grâce à des comportements sains. Il vaut donc la peine de mettre les chances de notre côté. Face à un cardiologue, nous souhaiterions en savoir plus sur le cœur. Cette pompe qui travaille chaque seconde de notre vie, jour et nuit, ou sur les avancées en recherche qui ont été fulgurantes au cours des dernières années. Dans cet épisode, nous répondrons à vos questions et aux nôtres, grâce au docteur Nicolas Noiseux, chirurgien cardiaque, professeur titulaire et chercheur clinicien senior.

[00:01:56] **Julie du Page** : Quels sont, D<sup>r</sup> Noiseux, les signes de la crise cardiaque? Est-ce qu'ils sont différents chez l'homme et chez la femme? [00:02:02][5.7]

[00:02:04] **D<sup>r</sup> Nicolas Noiseux** : Quand on parle d'un infarctus, c'est des, souvent des douleurs qu'on va ressentir dans la poitrine, en arrière du sternum. Chez l'homme, ça peut irradier au niveau du bras gauche. On peut sentir une chaleur, peut avoir des sudations, un essoufflement, un malaise généralisé. Puis c'est quelque chose qui souvent va être transitoire. C'est quelque chose qui ne disparaît pas au repos. Lorsque ça ne part pas après quelques minutes, c'est important de se rendre immédiatement dans un hôpital. Maintenant, oui, il y a des différences avec les femmes. Chez les femmes, c'est un petit peu moins hollywoodien. C'est un peu moins cinématographique. Souvent, la femme, ça ne se présentera pas comme chez l'homme aussi précisément qu'une douleur dans la poitrine, puis une douleur qui irradie jusqu'à la au bras gauche ou la mâchoire. Mais ça va souvent être juste une fatigue. Ça peut être un essoufflement. On va penser que ça, que ça peut être un petit brûlement au niveau de l'estomac. Quelqu'un qui fait du reflux, par exemple. Et ça peut être donc très, très vague, OK? Et c'est là le problème, parce qu'on va souvent penser que ce n'est pas le cœur, que ce n'est pas grave, puis souvent les femmes ne vont pas penser d'en parler à leur médecin. Donc on pense qu'on ne peut pas être atteints nécessairement de maladies cardiaques parce qu'à chaque fois qu'on parle de ça, on pense souvent de comment les symptômes se présentent chez l'homme. [00:03:20][75.9]

[00:03:22] **Julie du Page** : Qu'est-ce qui se passe après qu'une personne ait été traitée pour une crise cardiaque? [00:03:25][2.6]

[00:03:27] **D<sup>r</sup> Nicolas Noiseux** : L'important de comprendre, c'est qu'après un infarctus, les artères sont encore malades à l'intérieur du cœur. Donc c'est possible que la personne qui a eu, par exemple, avec succès un déblocage à son artère, elle est à risque de faire un autre infarctus parce que les artères demeurent malades. Alors ça va être important de prendre en charge la santé cardiovasculaire, changer les facteurs de risque et puis traiter, par exemple, si la personne fait de la haute pression, du cholestérol ou des choses comme ça. Et puis, évidemment, après tout infarctus, on va devoir donner des médicaments au patient, des médicaments qui vont ralentir la fréquence cardiaque, ralentir le travail du cœur, donc ralentir la consommation d'oxygène. Et aussi on va donner des médicaments pour éclaircir le sang. Souvent c'est de l'aspirine, une simple aspirine pour empêcher les plaquettes d'agréger dans les artères puis causer la formation de nouveaux caillots. Et si on trouve que le patient fait la haute pression, on va traiter la pression. Si le patient fait le diabète, on va essayer de corriger le diabète. Somme toute, il y a beaucoup de travail à faire après un infarctus. On a des patients qui ont perdu une fonction importante, jusqu'à 50 % par exemple, et ces patients-là peuvent développer éventuellement de la défaillance cardiaque, c'est-à-dire que le muscle, la pompe, la fonction pompe ne sera pas suffisante pour permettre au patient de faire des activités ou de reprendre une vie normale après un infarctus.

[00:04:44][77.4]

[00:04:46] **Julie du Page** : Je suis certaine que beaucoup de gens qui nous écoutent peuvent se poser cette question au niveau de l'intimité. Est-ce que c'est une bonne ou une mauvaise chose pour une personne qui a eu une maladie du cœur? Est-ce que c'est sécuritaire d'être actif sexuellement après une chirurgie, après une crise cardiaque? [00:05:03][16.8]

[00:05:05] **D<sup>r</sup> Nicolas Noiseux** : Premièrement, il faut comprendre que la blessure au niveau du cœur, elle est importante, même si on ne la voit pas. Souvent, ce qu'on remarque chez les patients qui souffrent d'un infarctus, ce sont des, des gens dans la fleur de l'âge, 50 ans, 60 ans, des professionnels. Et souvent c'est un message qu'on est comme pas vraiment invulnérable. Et on a beaucoup de patients qui vont faire un genre de petit —. C'est drôle, mais ils vont faire une petite dépression après la crise cardiaque. Vraiment, ils ont le cœur brisé et c'est vraiment — c'est vraiment un problème. Et puis effectivement-là, il va y avoir à remonter la côte au niveau cardiovasculaire. On va suggérer au patient de reprendre rapidement les exercices, de reprendre une saine alimentation. Puis c'est important de reprendre la vie au quotidien, puis faire des activités comme des activités sexuelles. C'est des choses qui vont être importantes. Maintenant, si le patient subit un gros infarctus ou demeure avec des séquelles ou même après une opération, il va y avoir un certain moment auquel on va devoir laisser la cicatrice ou du moins les dommages guérir. Donc ça peut, des fois, retarder la récupération des activités de quelques semaines, par exemple. [00:06:19][73.7]

[00:06:20] **Julie du Page** : Quelles seraient les différences majeures en termes de chirurgie cardiaque entre aujourd'hui puis il y a vingt, trente ans par exemple? Est-ce qu'il y a eu — ? Il y a eu forcément des avancées majeures. [00:06:30][10.5]

[00:06:32] **D<sup>r</sup> Nicolas Noiseux** : Mais c'est une excellente question. Ça fait déjà, j'aime ça dire ça, moi déjà presque trente ans que je suis déjà dans le domaine, puis ça a été exponentiel les choses qu'on voit arriver. Il y a déjà trente ans, les dilatations coronariennes n'étaient pas quelque chose du commun. L'implantation d'endoprothèses, les tuteurs ont eu plusieurs générations. Les premières n'étaient pas très efficaces. Aujourd'hui, on est rendu avec des instruments beaucoup plus petits. Au niveau d'opération cardiaque, c'est intéressant de voir aussi que l'anesthésie est beaucoup moins invasive qu'avant. Les patients récupèrent beaucoup plus rapidement, peuvent quitter l'hôpital plus rapidement après les opérations. Ce n'est pas juste la longueur de l'incision, on fait des chirurgies beaucoup plus

sécuritaires avec les machines qu'un poumon artificiel. Dans les années 70-80, les taux de mortalité pouvaient aller de 20 jusqu'à 50 % pour des procédures qui aujourd'hui sont standards et avec des taux de complications qui sont d'un simple chiffre de 1 à 10 % dépendamment. On a vu apparaître les robots, qui nous permettent de faire des mini incisions chez les patients sans être obligé d'ouvrir la cage thoracique. On est aujourd'hui capable de remplacer des valves cardiaques sans même endormir les patients. Des valves qui sont positionnées en passant par la cuisse, en une chirurgie qui se fait en une journée. On a fait nous, dans notre hôpital, les opérations à cœur ouvert sans même endormir le patient, c'est-à-dire qu'on faisait l'opération de pontage et le patient était capable de nous parler pendant l'opération. C'est toutes des choses qu'on n'aurait pas pensé il y a de ça 20 ou 30 ans. Donc, oui, on est toujours en quête de nouvelles technologies, de nouvelles approches. [00:08:07][94.6]

[00:08:09] **Julie du Page** : Si on a dans sa famille un grand-père ou un arrière-grand-père qui a fait une crise cardiaque est-ce qu'on est forcément nous-mêmes plus à risque? [00:08:16][6.8]

[00:08:17] **D' Nicolas Noiseux** : Le bagage, l'hérédité, est probablement le facteur le plus important. Les compagnies d'assurances le savent. C'est une des premières questions qu'on nous pose. Maintenant, il faut comprendre que si vous avez un grand-parent à 95 ans qui est mort d'un arrêt cardiaque, vous comprendrez que c'est moins pertinent que si votre père est mort à l'âge de 45 ans. Donc, oui, l'âge auquel la maladie cardiaque est apparue chez un de vos proches va faire en sorte que vous serez probablement à risque. Il y a plusieurs facteurs qui rentrent en ligne de compte. C'est la maladie cardiovasculaire comme facteur de risque. On a l'hypertension artérielle, le cholestérol qui sont probablement les choses les plus importantes. Et dans certaines familles, on voit des enfants, des parents qui sont tous par exemple atteints de maladies familiales, de cholestérol très, très, très élevé. La même chose pour l'hypertension qui est parfois très fréquente à travers les membres de la famille. Donc tout ça va jouer sur l'apparition plus rapide de maladies cardiovasculaires. Donc, oui, la génétique est quelque chose d'important qui, malheureusement, on ne peut pas changer. [00:09:24][66.5]

[00:09:26] **Julie du Page** : Est-ce que vous diriez qu'il y a des populations qui sont plus à risque d'avoir des problèmes cardiaques? [00:09:30][4.0]

[00:09:32] **D' Nicolas Noiseux** : Oui, c'est une bonne question. Il y a des, il y a des composantes génétiques, sociales, culturelles, environnementales, c'est certain. Je veux dire, on voit, par exemple, dans les Premières Nations, on a beaucoup de diabète. Donc, ce sont des gens qui sont plus à risque de maladies cardiovasculaires. On a dans la population afro-américaine beaucoup d'hypertension artérielle, mais surprennement les gens ne font pas de maladies cardiaques, d'infarctus, pour des raisons qu'on ne comprend pas, mais ils vont être plus à risque de faire les AVC. Pareil en Asie, la population est très à risque de faire des AVC pour des raisons parfois qu'on ne comprend pas vraiment. Il y a des endroits par le globe terrestre qu'on retrouve, par exemple, l'Asie du Sud, beaucoup plus de diabète, jusqu'à 30 % de la population. C'est quand même très, très, très élevé. Donc, oui, il y a certaines disparités et on voit nous, par exemple, ici le caucasien typique européen qui va se présenter avec une maladie coronarienne. On est content ici dans le sens que souvent les gens vont avoir des grosses artères, donc les pontages, mettre des endoprothèses, c'est facile. Mais on a des populations comme l'Asie du Sud, car la maladie, elle, est plutôt diffuse. Comme si c'était un diabète qui s'est développé depuis 40 ans, pour lesquels les pontages ou l'installation des tuteurs deviennent presque parfois impossibles. Donc il y a de grosses différences effectivement génétiques puis il y a des différences aussi entre les hommes et la femme. Les femmes ont des artères plus petites et lorsque la maladie se développe chez la femme, ça va être plus tardif que chez l'homme. Donc, parfois, la maladie va être plus avancée que ce que l'on peut trouver chez l'homme. Donc ça va compliquer les opérations

de pontage ou aller débloquent les artères avec les endoprothèses, les stents. Donc, oui, il y a de grosses différences qu'il faut prendre en considération sur le type d'intervention qu'on va pouvoir effectuer chez nos patients. [00:11:30][118.6]

[00:11:32] **Julie du Page** : En plus des facteurs physiologiques, est-ce qu'il y a des facteurs socioéconomiques qui peuvent avoir un effet sur la santé cardiaque? [00:11:38][6.2]

[00:11:41] **D' Nicolas Noiseux** : C'est certain qu'on reconnaît un peu plus aujourd'hui. L'environnement est important, l'endroit où les gens vont habiter, par exemple. On sait que dans certaines villes, les gens plus pauvres vont souvent habiter dans des milieux plus défavorisés où il peut y avoir plus de pollution. Il y a un lien direct entre la pollution et les maladies cardiovasculaires. Le fait d'habiter proche d'une route passante, d'une autoroute. Il a même été démontré, socioculturellement parlant, les gens, parfois, les gens moins favorisés par exemple vont fumer davantage. Ça, c'est connu aussi. Vont par exemple moins bien s'alimenter. Donc directement avoir un lien, justement, avec le développement des maladies cardiovasculaires, mais aussi le traitement, parfois. Les gens défavorisés peuvent avoir moins bonne compliance au traitement. Donc c'est quelque chose qui est important. Puis, oui, il y a du travail à faire ici et on le sait qu'on doit aller cibler certaines clientèles plus vulnérables, puis travailler sur la prévention, mais aussi sur le conditionnement, ensuite, puis la réhabilitation. [00:12:47][66.4]

[00:12:50] **Julie du Page** : Une autre question qui a, à mon avis, beaucoup de gens se pose. Si une personne a cessé de fumer il y a dix ans, dix ou quinze ans, est-ce que ça a encore un impact sur le risque de développer une maladie cardiovasculaire? [00:13:00][9.6]

[00:13:02] **D' Nicolas Noiseux** : Ça, c'est une bonne question. Ça l'a pris environ 20 ou 30 ans pour démontrer que le fait de fumer avait un lien direct avec le cancer du poumon. Le lien avec les maladies cardiovasculaires avait été à peu près le même. Ça a pris beaucoup de temps à faire une démonstration. Il y a peu d'études qui ont regardé, effectivement, ça fait combien de temps, je veux dire, ça prend combien de temps entre l'arrêt de fumer puis disons le retour à la base. Mais c'est clair qu'un patient qui a arrêté de fumer depuis, par exemple, dix ans va certainement avoir un risque de maladies cardiovasculaires qui va être le même qu'une personne qui n'a jamais fumé. Ça, c'est quelque chose qui est important. Et je pense qu'à partir de trois, quatre ans déjà, les risques vont revenir à un taux beaucoup plus bas, voir un risque tout à fait normal. Donc c'est une bonne chose d'arrêter de fumer et chaque jour que vous arrêterez de fumer va vous rapprocher davantage vers une santé cardiovasculaire. Donc c'est important d'encourager les patients d'arrêter de fumer. Et justement, ne pas penser que bof, j'ai fumé tant pis, je vais continuer sans rien changer. Parce qu'on le sait que juste d'accumuler des déchets dans le sang, le manque d'oxygène, même au niveau des poumons, tout ça va faire en sorte que c'est quelque chose qui, veut, veut pas, néfaste. Et oui, chaque jour que vous arrêterez de fumer va vous rapprocher davantage d'une meilleure santé cardiovasculaire. C'est probablement le facteur de risque le plus important qui est le plus facile à corriger. [00:14:26][83.9]

[00:14:27] **Julie du Page** : Est-ce qu'il y a moyen de déterminer si la forme du corps d'une personne affecte son risque cardiovasculaire? [00:14:31][4.0]

[00:14:33] **D' Nicolas Noiseux** : Oui, il y a un lien direct entre l'obésité tronculaire, c'est-à-dire le ventre et la poitrine. Donc le contenu de gras, le tour de ceinture si on veut et le risque de développer la maladie cardiovasculaire. Donc, il y a un lien direct entre cette accumulation de gras. Il y a beaucoup d'études qui ont été publiées en ce sens. Et puis le fait d'être capable donc de réduire la quantité de gras autour du cœur ou autour des intestins, ou donc juste le tour de ceinture. On est capable. On voit directement une relation avec la réduction de l'apparition de la maladie cardiovasculaire ou du risque de

récidive de la maladie. Donc, oui, il y a un lien direct entre l'obésité, mais on parle surtout de l'obésité dite tronculaire. C'est comme les personnes faites en forme, on va dire en forme de poire, donc c'est important. Il va y avoir moins de maladies cardiaques chez, par exemple, la personne longiligne.

[00:15:24][50.7]

[00:15:26] **Julie du Page** : On voit parfois dans les médias un athlète qui va avoir subi un arrêt cardiaque. Est-ce que, justement, le sport intense ça va augmenter les risques d'arrêt cardiaque?

[00:15:33][7.8]

[00:15:35] **D' Nicolas Noiseux** : Mais il faut séparer le risque d'arrêt cardiaque comme celui qu'on a vu récemment au football causé tout simplement par un trouble de conduction électrique. Donc la personne qu'on a vue faire un arrêt cardiaque dans la partie de football, tout simplement, a eu une espèce de pause ou une dysfonction de la conduction électrique qui n'a rien à voir avec une maladie cardiovasculaire comme telle. Maintenant c'est clair que lorsqu'on fait un exercice de haut niveau, on fait travailler davantage le cœur et on voit malheureusement des gens qui en font beaucoup trop d'exercice lorsqu'ils ne sont pas, par exemple, très en forme. La classique, c'est de voir pendant l'apparition de tempête de neige, des gens qui sont allés pelleter, faire un infarctus, des gens qui vont faire un infarctus en jouant au hockey, ce qu'on appelle la ligue des vieux poêles, les *old timers*. Alors on voit ça souvent. Donc les athlètes improvisés de fin de semaine. Mais, habituellement, les athlètes de haut niveau vont avoir été évalués, passent des tests régulièrement et veut, veut pas, il va y avoir une certaine prédisposition génétique pour avoir des athlètes de haut calibre. [00:16:46][71.8]

[00:16:48] **Julie du Page** : Lors d'une activité physique, quel devrait être notre rythme cardiaque?

[00:16:53][4.2]

[00:16:55] **D' Nicolas Noiseux** : Ça, c'est intéressant parce qu'effectivement, on le sait, il y a une formule qui est véhiculée depuis plusieurs années. La formule n'est pas tout à fait exacte, mais juste pour se souvenir, on disait 220 moins l'âge. C'est la fréquence cardiaque maximale. Donc quelqu'un de 40 ans, donc 220 moins 40, ça nous amène à 180. Ça devrait être la fréquence cardiaque maximale qu'on devrait ne pas dépasser lorsqu'on fait un exercice physique intense. Et là, si vous voulez faire un exercice dans la zone dite aérobique, il existe d'autres calculs que l'on peut faire pour atteindre un certain pourcentage de la fréquence maximale. Pour aller à ce moment-là, dépenser le maximum de calories tout en, un peu, protégeant notre cœur, puis en évitant donc les excès d'efforts qui pourraient nuire, finalement. Parce que l'exercice trop intense peut aller à l'inverse, donc induire des dommages. Et c'est quelque chose qu'il faut absolument éviter, oui. [00:18:00][64.8]

[00:18:02] **Julie du Page** : Comment est-ce qu'on peut se fixer un objectif pour améliorer notre santé cardiovasculaire? [00:18:05][3.8]

[00:18:08] **D' Nicolas Noiseux** : Les gens pensent que juste d'aller prendre une marche, un tour de bloc, ça ne compte pas. C'est, au contraire, c'est très important. On a toujours dit environ 30 minutes d'exercices par jour va réduire de façon importante les risques de maladies cardiaques. Parce que vous allez dépenser de l'énergie et accumuler moins de gras dans votre organisme. Vous allez faciliter la consommation du sucre, réduire le risque de développer le diabète. Votre pression artérielle en sera meilleure. Donc, si vous êtes capable de faire trente minutes chaque jour, ou du moins trois à quatre fois par semaine, déjà vous tombez dans un, dans une catégorie où est-ce que vous vous éloignez de la sédentarité. Donc, c'est quelque chose d'important. Un petit peu à chaque fois. C'est certain que quelqu'un de 35, 40 ans ne fera pas les mêmes exercices qu'un patient qui vient de subir des pontages à 70 ans. Donc, on se doit d'être réaliste et surtout d'adapter les exercices en fonction de la capacité



puis éviter toute blessure. Je trouve fantastique les gens qui ont des montres électroniques qui vous motivent à bouger, à vous lever, à calculer le nombre de pas que vous faites par jour, le nombre de calories que vous dépensez. Vous pouvez obtenir des trophées. Vous pouvez obtenir des notifications de vos amis. Vous pouvez challenger vos amis ou votre famille. Alors, je trouve que c'est une belle invention. [00:19:30][82.5]

[00:19:32] **Julie du Page** : Est-ce que ces technologies-là se développent énormément et à quel point c'est précis? Quel est le degré de précision par rapport au cœur, par rapport à votre santé cardiovasculaire? [00:19:42][9.8]

[00:19:44] **D<sup>r</sup> Nicolas Noiseux** : Mais il y a des montres qui sont capables aujourd'hui de détecter de façon très, très, très précise le rythme cardiaque. Donc, on est capable là d'interroger, si on veut, pendant quelques secondes notre cœur à savoir quel est le rythme, la fréquence. Donc on peut mesurer, si on veut, la pulsation. Et la machine est capable, avec des algorithmes, de vous dire si vous faites de l'arythmie comme de la fibrillation auriculaire par exemple. Donc ça, c'est important de le dire, puis on peut même aller imprimer des électrocardiogrammes qu'on peut même envoyer ensuite à son médecin. Nous, on est très contents lorsque les patients viennent à nos bureaux. Et puis, quand on est capable d'avoir une idée à travers les différentes journées, à travers les différents moments de la journée, quelle est la fréquence cardiaque, quelle est la tension artérielle. Et si le patient a développé, par exemple, la fibrillation auriculaire. C'est important, parce que la fibrillation auriculaire et les arythmies peuvent entraîner des risques de faire un AVC avec une embolie, un caillot qui peut se former dans le cœur, puis aller bloquer une artère dans le cerveau. [00:20:48][63.5]

[00:20:49] **Julie du Page** : Pour une personne très, très, très occupée qui écouterait notre balado, aujourd'hui, quels seraient les moyens vraiment simples d'améliorer sa santé cardiovasculaire? [00:20:57][8.3]

[00:20:58] **D<sup>r</sup> Nicolas Noiseux** : Il faut jouer sur les facteurs de risque. Il y a des facteurs qu'on ne peut pas changer, comme on a dit tantôt, l'hérédité. Mais la sédentarité, le fait d'avoir une hygiène de vie meilleure, de prendre des nuits de sommeil convenables, c'est important, le repos. Les gens, par exemple, sont à risque de faire de l'apnée du sommeil pendant la nuit doivent absolument être évalués, suivis, et utiliser leur machine si jamais ils ont des problèmes. On dit aux gens occupés il faut prendre le temps de se relaxer parce que la tension artérielle peut avoir une fâcheuse tendance à monter pendant les épisodes d'anxiété. Le fait de se reposer va nous aider aussi au niveau mental, de prendre un moment pour respirer, pour se régénérer, si on veut, notre énergie. Et c'est important de prendre certains moments comme on a parlé tantôt pour toujours faire un petit peu d'activité, bouger, se lever. De plus en plus de gens aujourd'hui ont des postes de travail. Ils vont même aller jusqu'à travailler un certain nombre d'heures, beaucoup de télétravail aujourd'hui. Donc, les gens vont travailler debout, ce qui est quelque chose d'extraordinaire. Au lieu de prendre l'ascenseur, pensez-y, on peut monter des escaliers, on peut aller marcher. C'est bien d'avoir marché avec son copain, sa copine ou un chien. Ce sont tous un ensemble de petits gestes. Diminuer les apports de calories, diminuer la consommation d'alcool, diminuer tout ce qui peut, en fait, nuire à votre santé cardiovasculaire. Ce sont tous de petits gestes et on n'est pas obligé d'exagérer dans ce que l'on fait, mais un petit geste à la fois. [00:22:38][99.9]

[00:22:41] **Julie du Page** : Merci à docteur Nicolas Noiseux, chirurgien cardiaque, d'avoir partagé son savoir avec nous. C'était une conversation tellement intéressante. [00:22:48][7.3]

*[00:22:51] Julie du Page* : Une chose importante à retenir est que la prévention commence par la connaissance de son risque cardiovasculaire et par l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. Chaque petit geste compte et s'accumule au fil du temps. Un autre point intéressant à retenir est que, grâce au soutien de généreux donateurs et aux excellents chercheurs de partout au pays, des découvertes médicales importantes et de grandes avancées en recherche ont été réalisées. Tellement grandes que le taux de mortalité lié aux maladies du cœur et à l'AVC a diminué de plus de 75 % au cours des 60 dernières années. Mais la bataille n'est pas encore gagnée. Merci de nous aider à combattre les maladies du cœur et l'AVC. On se retrouve dans deux semaines pour un nouvel épisode du balado Le Beat de Cœur + AVC. *[00:23:39][48.7]*

*[00:23:43] Julie du Page* : Merci d'avoir écouté Le Beat, et un merci spécial à nos donateurs d'avoir rendu ce balado possible. J'espère que vous retiendrez quelques informations précieuses de l'épisode d'aujourd'hui. Peut-être aussi serez-vous inspirés à joindre une communauté déterminée à combattre les maladies du cœur et l'AVC. *[00:24:00][17.1]*

*[00:24:04] Julie du Page* : Abonnez-vous maintenant pour rester à l'affût, vous inspirer et retrouver l'espoir. N'oubliez pas d'évaluer et de commenter le balado pour que nous puissions toucher encore plus d'auditeurs. Restez à l'écoute pour notre prochain épisode. En attendant la prochaine fois, je suis Julie du Page et merci d'avoir été des nôtres. *[00:24:04][0.0]*

[1370.8]