

LA COLLECTION BIG FIVE · GUIDE N° 2



AVC

*Les signaux silencieux, les vraies causes et
ce que vous pouvez faire pour vous protéger*

AVC

II

*Hugo Berger
Chercheur indépendant en santé naturelle*

Sommaire

Introduction

Ce que ce guide peut changer pour vous

Partie 1

Comprendre l'AVC : ce qui se passe vraiment dans le cerveau

Partie 2

Les signaux avant-coureurs que peu de gens connaissent

Partie 3

Les vraies causes : ce que les examens standards ne cherchent pas

Partie 4

Ce que votre façon de dormir révèle sur votre risque vasculaire

Partie 5

Les trois habitudes protectrices documentées

Partie 6

Le protocole de prévention quotidienne

Partie 7

Ce qu'il faut savoir avant de parler à votre médecin

Conclusion

Protéger son cerveau : une décision, pas une fatalité

Ce que ce guide peut changer pour vous

La plupart des accidents vasculaires cérébraux ne sont pas des coups de tonnerre. Ils s'annoncent. Parfois des jours, parfois des semaines avant. Avec des signaux que les neurologues connaissent bien — et que le grand public ignore presque entièrement.

Chaque année en France, environ 150 000 personnes sont victimes d'un AVC. C'est la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité. Et pourtant, 80 % des AVC sont considérés comme évitables selon l'OMS.

80 %. Pas 20 %, pas 50 %. Quatre AVC sur cinq pourraient ne pas avoir lieu.

Ce guide ne vous promet pas l'impossible. Il vous donne ce que personne ne prend le temps de vous expliquer : comment fonctionne réellement le risque vasculaire cérébral, quels signaux observer, quelles habitudes protectrices sont scientifiquement documentées, et comment en parler efficacement à votre médecin.

■ Rappel important

Ce guide est fourni à titre informatif et éducatif. Il ne remplace pas un suivi médical. Tout signe évocateur d'AVC est une urgence absolue : appeler le 15 immédiatement. Chaque minute compte — 2 millions de neurones meurent par minute lors d'un AVC non traité.

Comprendre l'AVC : ce qui se passe vraiment dans le cerveau

Deux types d'AVC, deux mécanismes opposés

L'AVC ischémique — 87 % des cas

Une artère cérébrale se bouche. L'apport de sang et d'oxygène à une zone du cerveau est interrompu. Les neurones de cette zone commencent à mourir en quelques minutes.

La cause la plus fréquente est un caillot (thrombus ou embolus) qui migre depuis le cœur (fibrillation auriculaire, valvulopathie) ou qui se forme directement dans une artère cérébrale athéromateuse. Une plaque d'athérome se rompt, déclenche une thrombose locale, et l'artère se ferme.

L'AVC hémorragique — 13 % des cas

Une artère cérébrale se rompt. Le sang s'épanche dans le tissu cérébral ou dans l'espace sous-arachnoïdien. Ce type d'AVC est souvent plus brutal, plus grave, et survient plus fréquemment sur un terrain d'hypertension artérielle non contrôlée ou d'anomalie vasculaire (anévrisme, malformation artérioveineuse).

La pénumbra : la zone de tous les enjeux

Lors d'un AVC ischémique, le cerveau n'est pas uniformément touché. Autour du territoire définitivement nécrosé (le cœur de l'AVC), il existe une zone de pénumbra : des neurones encore vivants, mais en état de défaillance, qui peuvent être sauvés si la circulation est rétablie à temps.

C'est pour cette raison que chaque minute compte. La fenêtre thérapeutique de la thrombolyse (médicament qui dissout le caillot) est de 4h30 à partir des premiers symptômes. Celle de la thrombectomie mécanique (retrait du caillot par cathéter) peut atteindre 24 heures dans certains cas sélectionnés.

*« 2 millions de neurones meurent chaque minute lors d'un AVC non traité.
Le temps est le seul médicament. »*

L'AIT : le signal d'alarme que personne ne prend assez au sérieux

L'accident ischémique transitoire (AIT) est un AVC qui se résorbe spontanément en moins de 24 heures (souvent en quelques minutes). Les symptômes disparaissent. Le patient se sent mieux. Et c'est là que le danger est maximal.

Pourquoi ? Parce que le risque d'AVC constitutif dans les 48 heures suivant un AIT est de 10 à 15 %. Et dans les 90 jours suivants, de 10 à 20 % selon les études. Un AIT est une urgence neurologique au même titre qu'un AVC : il nécessite une hospitalisation immédiate pour bilan étiologique et traitement préventif.

■ **AIT : ne jamais attendre que ça passe**

Un épisode de faiblesse d'un bras, de troubles de la parole, de vision double ou de perte d'équilibre qui dure quelques minutes puis disparaît n'est PAS rassurant. C'est un AIT jusqu'à preuve du contraire. Appeler le 15 immédiatement, même si tout est rentré dans l'ordre.

Les signaux avant-coureurs que peu de gens connaissent

L'AVC ne surgit presque jamais du néant. Des jours, parfois des semaines avant, le corps envoie des signaux. Discrets. Souvent attribués à la fatigue, au stress, à l'âge. Voici ceux que les neurologues connaissent et que le grand public ignore.

Les symptômes FAST — le minimum à connaître absolument

L'acronyme FAST (ou VITE en français) est l'outil de détection rapide validé au niveau international :

- ◆ **V — Visage** : une moitié du visage s'affaisse, la bouche est asymétrique. Demander à la personne de sourire.
- ◆ **I — Inertie d'un bras** : un bras reste en bas quand on demande à la personne de lever les deux bras.
- ◆ **T — Troubles de la parole** : la parole est incompréhensible, les mots ne sortent pas, ou la personne ne comprend pas ce qu'on lui dit.
- ◆ **E — En urgence** : appeler le 15 immédiatement, sans attendre, même si les symptômes semblent s'atténuer.

Les signaux silencieux des jours ou semaines précédents

Ces symptômes ne permettent pas de diagnostiquer un AVC imminent, mais leur présence groupée chez une personne à risque doit alerter et motiver une consultation neurologique urgente :

1. Céphalées inhabituelles et répétées

Des maux de tête d'un type nouveau, plus intenses qu'à l'habitude, localisés dans une zone précise du crâne, sans cause évidente (ni tension émotionnelle, ni abus médicamenteux), peuvent refléter une instabilité vasculaire cérébrale. En cas de céphalée brutale en « coup de tonnerre » (maximale en moins d'une minute), appeler le 15 : c'est une hémorragie sous-arachnoïdienne jusqu'à preuve du contraire.

2. Troubles visuels épisodiques

Une vision trouble dans un seul œil, des scôtomes (zones d'obscurité), une diplopie (vision double) fugace, ou une « amaurôse fugace » (perte de vision mono-oculaire pendant quelques secondes comme un rideau qui descend) sont des équivalents d'AIT rétinien. Ils signalent une thromboembolie dans la circulation carotidienne.

3. Vertiges et troubles de l'équilibre

Un vertige isolé est le plus souvent bénin (vertiges positionnels paroxystiques). Mais un vertige associé à une démarche instable, des nausées, une diplopie, une dysarthrie (difficulté à articuler) ou une faiblesse d'un membre doit faire évoquer une ischémie du tronc cérébral (territoire vertébro-basilaire).

4. Fourmillements ou engourdissements hémi-corporels

Des paresthésies (fourmillements, engourdissements) touchant une moitié du corps — même légères, même fugaces — du même côté du visage et du bras, ou du même côté du corps, sont un signal neurologique prioritaire. Un déficit sensitif hémi-corporel est un signe de défaillance du thalamus ou du cortex pariétal contralatéral.

5. Fatigue inhabituelle et difficulté de concentration

Deux à quatre semaines avant certains AVC, des patients rapportent rétrospectivement une fatigue inhabituelle, une lenteur dans le raisonnement, des difficultés de mémoire immédiate. Ces signes reflètent une hypoperfusion cérébrale chronique qui précède l'occlusion artérielle.

6. Mini-AVC ignorés

Un bras qui lâche brièvement un objet, un mot qui ne sort pas pendant quelques secondes, une vision floue éclair qui disparaît : ces épisodes sont souvent rationalisés (« j'ai mal dormi », « le stress »). Ce sont des AIT en attente de bilan. Leur prise en charge dans les 24 heures réduit le risque d'AVC constitutif de 80 %.

Règle d'or : tout symptôme neurologique focal et brutal = urgence

Focal = touchant une partie précise du corps (un bras, un côté du visage, un œil).

Brutal = apparu en quelques secondes à quelques minutes.

Fugace ne signifie pas bénin — c'est souvent pire, car le patient temporise.

Note l'heure exacte d'apparition des symptômes : c'est la première information que demandera le médecin urgentiste.

Les vraies causes : ce que les examens standards ne cherchent pas

Les facteurs de risque classiques — hypertension, diabète, tabac, hypercholestérolémie — sont connus. Ce qu'on vous explique rarement, c'est l'ensemble des causes moins évidentes qui échappent aux bilans standards et qui jouent un rôle déterminant.

1. La fibrillation auriculaire silencieuse

La fibrillation auriculaire (FA) est la première cause d'AVC embolique. Elle multiplie le risque d'AVC par 5. Mais jusqu'à 30 % des FA sont « silencieuses » : elles ne provoquent ni palpitations, ni essoufflement, ni malaise. Le patient n'en sait rien. Et l'ECG standard — 12 secondes — peut passer complètement à côté si la FA n'est pas présente à ce moment précis.

✓ Ce qu'il faut faire

Après 65 ans (ou dès 55 ans si autres facteurs de risque) : demander un Holter ECG de 24 à 72 heures, voire un moniteur cardiaque implantable sur 30 jours dans les cas à haut risque. Certaines montres connectées (Apple Watch, Withings) détectent la FA avec une sensibilité suffisante pour motiver un bilan médical.

2. La sténose carotidienne asymptomatique

Un rétrécissement progressif de la carotide interne par une plaque d'athérome peut être totalement asymptomatique jusqu'à ce qu'un morceau de plaque se détache et migre vers le cerveau. Une sténose carotidienne à 70 % multiplie le risque d'AVC par 3 à 4. Elle se détecte simplement par un écho-Doppler des troncs supra-aortiques, un examen non invasif, indolore, accessible.

✓ Pour qui ?

Tout patient de plus de 60 ans avec au moins deux facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, tabagisme, diabète, hypercholestérolémie, surpoids abdominal, antécédents familiaux). L'écho-Doppler carotidien se demande au médecin généraliste. Il peut changer complètement la prise en charge.

3. Le foramen ovale perméable (FOP) : le trou dans le cœur

Le FOP est une communication inter-auriculaire persistante (un « trou » entre les deux oreillettes), présente à la naissance et qui aurait dû se fermer. Elle persiste chez environ 25 % de la population générale. Normalement, elle ne pose aucun problème. Mais elle peut permettre à un petit caillot veineux (phlébète asymptomatique, notamment) de court-circuiter les poumons et d'atteindre directement le cerveau.

Le FOP est probablement la cause de nombreux AVC « cryptogéniques » (sans cause retrouvée) chez les sujets jeunes. Il se détecte par échocardiographie avec injection de microbulles (test aux bulles).

4. L'hyperhomocystéinémie

L'homocystéine est un acide aminé intermédiaire du métabolisme. En excès dans le sang, elle est directement toxique pour l'endothélium vasculaire : elle accélère l'athérosclérose et favorise la thrombose. Un taux élevé d'homocystéine est un facteur de risque indépendant d'AVC, aussi puissant que l'hypertension — et pratiquement jamais dosé en médecine générale.

Les causes principales : carence en vitamines B9 (folates), B12 et B6, qui sont les cofacteurs enzymatiques de sa dégradation. La correction nutritionnelle ou par supplémentation abaisse l'homocystéine de façon fiable.

✓ Comment agir

Faire doser l'homocystéine plasmatique à jeun. Valeur cible : < 10 $\mu\text{mol/L}$. Si élevée : supplémentation en méthylfolate (400 à 800 $\mu\text{g/jour}$) + méthylcobalamine (B12, 1 000 $\mu\text{g/jour}$) + pyrédoxal phosphate (B6, 25 à 50 mg/jour). Contrôle à 3 mois.

5. La pression artérielle nocturne élevée

La pression artérielle doit baisser de 10 à 20 % pendant la nuit (phénomène de dipping). Un patient chez qui ce dipping est absent ou inversé (« non-dipper » ou « reverse dipper ») a un risque d'AVC significativement plus élevé que sa tension diurne ne le laisse suggérer. Ce phénomène est souvent lié à une apnée du sommeil non traitée ou à une neuropathie autonome.

✓ Un seul examen répond à cette question

La MAPA (Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle) sur 24 heures. Elle mesure la tension toutes les 20 minutes, y compris la nuit. C'est l'examen de référence pour détecter l'absence de dipping nocturne et l'hypertension masquée. Se demande au médecin généraliste.

6. La pollution atmosphérique et le risque vasculaire

Des études de cohorte sur de larges populations ont établi un lien dose-réponse entre l'exposition chronique aux particules fines (PM_{2.5}) et le risque d'AVC ischémique. Les mécanismes invoqués sont l'inflammation systémique, l'altération de l'endothélium vasculaire et l'activation plaquettaire induite par les particules.

Les pics de pollution sont associés à une augmentation des hospitalisations pour AVC dans les 24 à 72 heures suivantes. Les personnes vivant à proximité d'axes routiers à fort trafic ont un risque vasculaire cérébral augmenté de 12 à 18 %.

Ce que votre façon de dormir révèle sur votre risque vasculaire

Le sommeil est le moment où le système cardiovasculaire se régénère. C'est aussi le moment où, s'il est perturbé, le risque vasculaire explose silencieusement.

L'apnée du sommeil : l'ennemi vasculaire le plus sous-estimé

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) multiplie le risque d'AVC par 2 à 3. C'est indépendant des autres facteurs de risque. Pourtant, près de 80 % des personnes atteintes ne sont pas diagnostiquées.

Lors de chaque apnée, l'oxygénation cérébrale chute. Le cerveau active en urgence le système sympathique. La pression artérielle fait un pic. Le sang s'épaissit (hémoconcentration). Les plaquettes sont activées. Les artères cérébrales subissent un stress mécanique et inflammatoire répété. Sur 10, 20 ou 30 ans, ce stress nocturne silencieux use les parois vasculaires et prépare le terrain de l'AVC.

Par ailleurs, les apnées favorisent directement la fibrillation auriculaire — elle-même première cause d'AVC embolique.

Questionnaire STOP-BANG — dépistage en 8 questions

S — Snoring (ronflements) : ronflez-vous fort ?

T — Tired (fatigue) : êtes-vous souvent fatigué le matin ou somnolent le jour ?

O — Observed (observé) : quelqu'un a-t-il observé que vous arrêtiez de respirer en dormant ?

P — Pressure (pression) : avez-vous une hypertension ?

B — BMI > 35 ?

A — Age > 50 ans ?

N — Neck (cou) : tour de cou > 40 cm (femme) ou > 43 cm (homme) ?

G — Gender : êtes-vous un homme ?

Score ≥ 3 : risque élevé d'apnée — demander une polysomnographie ou polygraphie ventilatoire.

La position de sommeil et le risque vasculaire

Dormir sur le dos favorise les apnées obstructives : sous l'effet de la gravité, la langue et les tissus mous du pharynx tombent en arrière et obstruent les voies aériennes supérieures. La position latérale (côté gauche ou droit) réduit la fréquence et la durée des apnées de 50 à 70 % chez les patients en apnée positionnelle.

Des études de neuroimagerie ont par ailleurs montré que la position latérale optimise le drainage lymphatique — le système de nettoyage cérébral nocturne qui élimine les déchets métaboliques. Ce drainage est moins efficace en position dorsale.

✓ **Astuce pratique pour ne pas dormir sur le dos**

Coudre une balle de tennis dans le dos d'un t-shirt ou d'un pyjama. L'inconfort qui en résulte lors d'un retournement dorsal suffit à modifier le comportement postural nocturne en quelques nuits.

La durée du sommeil et l'AVC

Des études de cohorte portant sur plus de 100 000 participants ont établi une relation en U entre la durée du sommeil et le risque d'AVC :

- ◆ Moins de 6 heures par nuit : risque d'AVC augmenté de 18 %.
- ◆ Plus de 9 heures par nuit : risque augmenté de 46 % (souvent le signe d'une pathologie sous-jacente plutôt qu'une cause directe).
- ◆ Optimal : 7 à 8 heures par nuit.

La sieste régulière de plus de 90 minutes est également associée à un risque vasculaire augmenté dans plusieurs études, probablement parce qu'elle reflète une dette de sommeil nocturne sous-jacente.

Les trois habitudes protectrices documentées

Sur les dizaines de stratégies évaluées dans la littérature scientifique, trois se dégagent par la solidité et la cohérence de leur effet dans les études de cohorte à long terme.

Habitude 1 : L'activité physique régulière

L'activité physique modérée régulière réduit le risque d'AVC de 25 à 30 % dans les études de cohorte sur plus de dix ans. Elle agit sur pratiquement tous les facteurs de risque simultanément :

- ◆ Réduit la pression artérielle (effet vasodilatateur via le NO endothélial)
- ◆ Diminue l'inflammation systémique (baisse de la CRP et de l'IL-6)
- ◆ Améliore la sensibilité à l'insuline (réduit le risque diabétique)
- ◆ Réduit le risque de fibrillation auriculaire de 20 à 25 %
- ◆ Améliore la qualité du sommeil (réduit l'apnée positionnelle)
- ◆ Réduit l'athérogénèse via la diminution du LDL-oxydé

✓ La dose minimale efficace

150 minutes par semaine d'activité d'intensité modérée (marche rapide, natation douce, vélo plat). Soit 30 minutes, 5 fois par semaine. L'effet protecteur vasculaire atteint son plateau vers 60 minutes d'activité par jour — au-delà, l'effet marginal diminue. L'important est la régularité sur des années.

Habitude 2 : Le régime méditerranéen

L'étude PREDIMED (2013), portant sur plus de 7 000 participants à haut risque cardiovasculaire suivis sur 5 ans, a établi que l'adhésion à un régime méditerranéen enrichi en huile d'olive vierge extra ou en noix réduit le risque d'AVC de 33 % comparé à un régime contrôle pauvre en graisses.

Les caractéristiques protectrices du régime méditerranéen :

- ◆ **Huile d'olive vierge extra** (>4 cuillères à soupe/jour) : riche en polyphénols anti-inflammatoires et en AGMI (ac. oléique).
- ◆ **Légumes à feuilles vertes quotidiens** : riches en nitrates alimentaires qui se convertissent en NO vasculaire.
- ◆ **Poissons gras 2 à 3 fois/semaine** : DHA/EPA réduisent l'agrégation plaquettaire et la triglycéridémie.
- ◆ **Noix (30 g/jour)** : réduisent le LDL-c et l'inflammation endothéliale.
- ◆ **Légumineuses 3 fois/semaine** : charge glycémique faible, riche en fibres solubles.
- ◆ **Réduction des viandes rouges transformées** : source de fer hémique pro-oxydant.

Habitude 3 : La gestion du stress chronique

Le stress psychosocial chronique est un facteur de risque indépendant d'AVC, indépendamment des autres facteurs de risque. Des études de cohorte ont montré que les personnes rapportant un niveau élevé de stress au travail ont un risque d'AVC augmenté de 22 à 33 %.

Le mécanisme : le stress chronique élève le fibrinogène (facteur de coagulation), active les plaquettes, favorise l'athérogénèse via le cortisol et l'inflammation, et induit des arythmies cardiaques. Chacun de ces effets est un facteur de risque vasculaire indépendant.

✓ Ce qui est documenté

La réduction du stress par des techniques de régulation du système nerveux autonome (cohérence cardiaque, méditation, yoga, tai-chi) est associée à une réduction mesurable de la pression artérielle, du fibrinogène et des marqueurs inflammatoires. 5 minutes de cohérence cardiaque 3 fois par jour : voir Big Five N°1 pour le protocole détaillé.

Le protocole de prévention quotidienne

Un plan concret, applicable dès aujourd'hui

Ce protocole intègre les interventions les mieux documentées pour réduire le risque vasculaire cérébral. Il est conçu pour s'intégrer dans une vie normale, sans bouleversement majeur.

Chaque matin

1. Lever progressif : 2 min allongé, 1 min assis, lever lent. (Réduit le pic sympathique matinal.)
2. Exposition lumineuse 5 à 10 min dans les 20 minutes après le réveil. (Calibre le cortisol.)
3. 5 minutes de cohérence cardiaque (5 sec inspiration + 5 sec expiration). (Tonus vagal.)
4. Petit-déjeuner avec huile d'olive, noix ou poisson gras. Éviter les glucides raffinés le matin.
5. Une gousse d'ail cru écrasée (si tolérance digestive et pas d'IEC). (Effet anti-ECA.)

Dans la journée

1. Pause vagale toutes les 45 minutes : 6 respirations lentes au bureau. (60 secondes.)
2. 30 minutes de marche rapide ou activité équivalente. Intensité modérée (pouvoir parler).
3. Repas riche en légumes feuilles, légumineuses ou poisson. Huile d'olive en assaisonnement.
4. Hydratation : 1,5 à 2 litres d'eau. La déshydratation épaissit le sang et favorise la thrombose.
5. Pas de tabac, réduction de l'alcool (1 verre max/jour, zéro si ATCD vasculaire).

Chaque soir

1. 5 minutes de cohérence cardiaque avant le dîner. (Abaisse la tension vespérale.)
2. Dîner léger, sans glucides à index glycémique élevé. (Réduit le risque de réveil à 3h.)
3. Pas d'écrans 60 à 90 min avant le coucher. (Préserve la mélatonine.)
4. Chambre à 17-18 °C, obscure, silencieuse. (Optimise le sommeil profond.)
5. Position latérale pour dormir. (Réduit les apnées positionnelles.)

Chaque semaine

1. Mesurer sa tension 2 fois le matin et 2 fois le soir, noter les valeurs.

-
- | |
|---|
| 2. Prendre 30 g de noix (amandes, noix, noisettes) sur 3 jours au minimum. |
| 3. Consommer du poisson gras 2 fois (sardines, maquereau, saumon, hareng). |
| 4. Une séance de relaxation profonde (yoga, tai-chi, bain chaud + respiration). |
| 5. Vérifier le questionnaire STOP-BANG avec le médecin si suspicion d'apnée. |

« Un régime méditerranéen + activité physique régulière + tension contrôlée réduisent le risque d'AVC de plus de 50 % selon les études de cohorte. »

Ce qu'il faut savoir avant de parler à votre médecin

Les examens à demander selon votre profil

- ◆ **MAPA 24h** — pour tout le monde après 50 ans ou dès le premier facteur de risque.
- ◆ **Écho-Doppler des troncs supra-aortiques** — après 60 ans ou dès 2 facteurs de risque.
- ◆ **Holter ECG 48-72h** — si palpitations, fatigue inexplicée, vertige épisodique.
- ◆ **Dosage homocystéine + vitamines B9, B12** — systématique après 60 ans.
- ◆ **Échocardiographie transthoracique** — si souffle cardiaque, cardiopathie connue ou AIT inexplicé.
- ◆ **Test aux bulles (échocardiographie avec microbulles)** — si AVC chez sujet jeune sans cause évidente.
- ◆ **Polysomnographie ou polygraphie ventilatoire** — si STOP-BANG ≥ 3 .
- ◆ **IRM cérébrale + angio-IRM des artères cérébrales** — si AIT ou suspicion d'anomalie vasculaire.

Les questions à poser

- ◆ « Avez-vous vérifié ma tension nocturne ? » (MAPA)
- ◆ « Mon rythme cardiaque a-t-il été surveillé sur 24 à 48 heures ? » (FA silencieuse)
- ◆ « Mon taux d'homocystéine a-t-il été dosé ? »
- ◆ « Mes carotides ont-elles été examinées par écho-Doppler ? »
- ◆ « Est-ce que je ronfle ou est-ce que j'ai des pauses respiratoires la nuit ? » (demander au conjoint)
- ◆ « Quels signes doivent me faire appeler le 15 immédiatement ? »

Si vous avez déjà fait un AVC ou un AIT

La rééducation est une priorité : la plasticité cérébrale permet une récupération fonctionnelle significative dans les 6 premiers mois. Le traitement antithrombotique (antiagrégant ou anticoagulant) ne doit jamais être interrompu sans avis médical. La prise en charge de TOUS les facteurs de risque est désormais impérative : une personne qui a fait un AVC a un risque de récurrence de 10 % dans la première année.

Protéger son cerveau : une décision, pas une fatalité

L'AVC est souvent vécu comme un coup du sort. Quelque chose qui arrive, sans prévenir, à ceux qui ont la malchance. Ce guide espère vous avoir convaincu du contraire.

Le risque vasculaire cérébral se construit sur des années, par l'accumulation silencieuse de petites défaillances : une tension qui ne baisse pas la nuit, une fibrillation auriculaire qui passe inaperçue, une apnée du sommeil non traitée, une homocystéine trop élevée depuis dix ans. Chacun de ces facteurs est modifiable ou traitable. Ensemble, leur correction peut réduire de plus de moitié un risque qui semblait inscrit dans les gènes.

La décision à prendre aujourd'hui n'est pas spectaculaire. C'est de marcher 30 minutes de plus. De dormir sur le côté. De demander une MAPA. De faire doser votre homocystéine. De pratiquer cinq minutes de cohérence cardiaque le matin.

Des gestes ordinaires. Mais des gestes qui, cumulés sur des années, peuvent faire une différence extraordinaire.

Bien à vous,

Hugo Berger

Chercheur indépendant en santé naturelle

Ce guide est fourni à titre informatif et éducatif uniquement. Il ne constitue pas un avis médical. En cas de symptômes neurologiques, appeler le 15 immédiatement. Tous droits réservés. Hugo Berger, Collection Big Five.