



Le bilan sanguin longévité

Quatorze marqueurs à demander à votre médecin, ce que chacun vous apprend, et une fiche pour les suivre sur des années — parce qu’une tendance vaut mieux qu’un instantané.

Les marqueurs qui prédisent le mieux combien de temps vous resterez en bonne santé sont peu coûteux et figurent au catalogue de la plupart des laboratoires. Quatre d’entre eux — l’ApoB, la lipoprotéine(a), l’insulinémie à jeun et la hs-CRP — ne font tout simplement pas partie du bilan standard : il faut les demander. Cette fiche est la liste à apporter au rendez-vous.

Elle ne donne volontairement aucune valeur cible. « Normal » sur un compte rendu de laboratoire signifie souvent « pas encore malade » plutôt qu’« optimal », et la bonne cible pour vous dépend de votre risque global, ce qui relève d’une conversation avec un professionnel de santé. Ce qu’elle donne, c’est la raison pour laquelle chaque marqueur figure sur la liste, la fréquence à laquelle il vaut la peine de le répéter, et des colonnes pour inscrire vos résultats — pour que l’an prochain, vous vous compariez à vous-même.

Le bilan

Les fréquences indiquées sont typiques pour un adulte en bonne santé. Un médecin qui suit une pathologie fixera les siennes.

MARQUEUR	CE QU’IL VOUS APPREND	FRÉQUENCE	VOTRE RÉSULTAT	DATE
ApoB ^{[1][2]}	Compte les particules porteuses de cholestérol qui forment la plaque. Un meilleur indicateur de risque que le LDL-C quand les deux divergent.	Chaque année		
Cholestérol LDL ^[1]	Le « mauvais cholestérol » classique. Lien causal avec les maladies cardiovasculaires — plus bas, plus longtemps, c’est mieux.	Chaque année		
Cholestérol HDL	Un contexte pour le profil lipidique. Une valeur basse signale un trouble métabolique plus qu’une valeur haute ne protège.	Chaque année		
Triglycérides (à jeun)	Les graisses dans le sang. Des valeurs élevées vont de pair avec la résistance à l’insuline et avec ce que vous mangez.	Chaque année		

MARQUEUR	CE QU'IL VOUS APPREND	FRÉQUENCE	VOTRE RÉSULTAT	DATE
Lipoprotéine(a) ^[3]	Une particule déterminée génétiquement qui augmente le risque cardiovasculaire indépendamment du LDL. Largement fixe pour la vie, un seul dosage suffit donc en général.	Une fois		
HbA1c ^[4]	Glycémie moyenne sur environ trois mois. Prédit le risque cardiovasculaire même en dessous du seuil du diabète.	Chaque année		
Glycémie à jeun ^[5]	Le sucre dans le sang après une nuit de jeûne. Le risque augmente avec la valeur, pas seulement au-delà d'un seuil.	Chaque année		
Insulinémie à jeun	Monte souvent des années avant la glycémie — un signal précoce de résistance à l'insuline qu'un dosage de glucose seul peut manquer.	Chaque année		
CRP ultrasensible (hs-CRP) ^[6]	Inflammation de bas grade. Prédit les événements cardiovasculaires indépendamment du cholestérol.	Chaque année		
Vitamine D (25-OH)	Dépend de l'exposition au soleil, de l'alimentation et de la saison.	Chaque année		
Ferritine	Les réserves de fer. Basse, elle explique fatigue et récupération médiocre ; haute, elle peut aussi signaler une inflammation.	Chaque année		
TSH	Fonction thyroïdienne — énergie, poids et régulation de la température.	Si des symptômes ou un résultat antérieur le justifie		
ALAT / ASAT / GGT	Les enzymes hépatiques. Sensibles à l'alcool, aux médicaments et à la stéatose hépatique.	Chaque année		
Créatinine / DFGe (eGFR)	La filtration rénale — un marqueur discret qui compte davantage avec l'âge et la prise de compléments.	Chaque année		

Avant le prélèvement

C'est la régularité qui rend la comparaison d'une année sur l'autre significative.

- ☐ Jeûnez 10–12 heures avant ; l'eau est autorisée. La glycémie et l'insuline l'exigent — demandez à votre laboratoire s'il veut les lipides à jeun ; beaucoup ne l'exigent plus.
 - ☐ Même moment de la journée chaque année, idéalement le matin — plusieurs marqueurs varient avec l'horloge.
 - ☐ Mêmes conditions : pas d'entraînement intense dans les 24 heures précédentes, pas d'alcool dans les 48 heures précédentes, et pas en cas de maladie.
 - ☐ Apportez cette fiche et demandez expressément l'ApoB, l'insulinémie à jeun, la hs-CRP et la Lp(a). Elles figurent rarement au bilan standard.
-

Lire les résultats

Un chiffre sur une page ne change rien. La valeur est dans sa transformation en référence, en cible et en tendance.

- ☐ Votre premier résultat est une référence, pas un verdict.
 - ☐ Fixez les cibles avec un professionnel de santé. Les seuils des recommandations dépendent de votre risque global, et « dans la norme » ne veut pas dire « optimal ». ^[7]
 - ☐ Une tendance vaut mieux qu'un instantané. Recontrôlez à la fréquence indiquée et après tout changement réel — alimentation, entraînement, traitement.
 - ☐ Lisez les chiffres à la lumière de votre mode de vie. Le sommeil, la charge d'entraînement, une maladie récente et un gros repas la veille font tous bouger les marqueurs.
-

Comment l'utiliser

- 1 Imprimez la fiche et apportez-la à votre prochain rendez-vous. Demandez nommément les quatre marqueurs qui ne figurent pas au bilan standard.
- 2 Inscrivez les résultats et la date dans les colonnes. Gardez la même fiche pour l'an prochain — la comparaison est tout l'intérêt.
- 3 Discutez des cibles avec votre médecin, pas avec un moteur de recherche. Notez les cibles convenues dans la marge.
- 4 Dans Lamplit, le suivi des analyses de laboratoire gratuit enregistre chaque résultat avec sa date, et photographier le compte rendu remplit les valeurs pour vous (cinq lectures photo par mois avec la formule gratuite) — la courbe de tendance se construit ainsi d'elle-même au fil des années.

Vous préférez votre téléphone au papier?

Le même carnet d'analyses est intégré à Lamplit, gratuitement : il enregistre les entrées pour vous et réunit sommeil, humeur, alimentation et entraînement au même endroit. Web, iPhone, Android, Apple Watch et Wear OS.

lamplit.ai — compte gratuit, sans carte bancaire

Sources

Lorsqu'un élément repose sur une source précise, le numéro entre crochets y renvoie. Chaque source est accompagnée de son lien.

1. Ference, B.A. et al. (2017). Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *European Heart Journal*, 38(32), 2459–2472. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx144>
2. Sniderman, A.D. et al. (2019). Apolipoprotein B particles and cardiovascular disease: a narrative review. *JAMA Cardiology*, 4(12), 1287–1295. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2019.3780>
3. Kronenberg, F. et al. (2022). Lipoprotein(a) in atherosclerotic cardiovascular disease and aortic stenosis: a European Atherosclerosis Society consensus statement. *European Heart Journal*, 43(39), 3925–3946. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac361>
4. Selvin, E. et al. (2010). Glycated hemoglobin, diabetes, and cardiovascular risk in nondiabetic adults. *New England Journal of Medicine*, 362(9), 800–811. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0908359>
5. The Emerging Risk Factors Collaboration (2010). Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. *The Lancet*, 375(9733), 2215–2222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60484-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60484-9)
6. Ridker, P.M. et al. (2002). Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events. *New England Journal of Medicine*, 347(20), 1557–1565. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa021993>
7. Mach, F. et al. (2020). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *European Heart Journal*, 41(1), 111–188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>

Dernière révision : 24 août 2026

Cette fiche est à visée éducative et ne constitue ni un avis médical, ni un outil de diagnostic, ni un plan de traitement. Les résultats sanguins doivent être interprétés par un professionnel de santé qualifié au regard de vos antécédents. Ne commencez, n'arrêtez ni ne modifiez aucun médicament ou complément sur la base de ce document.