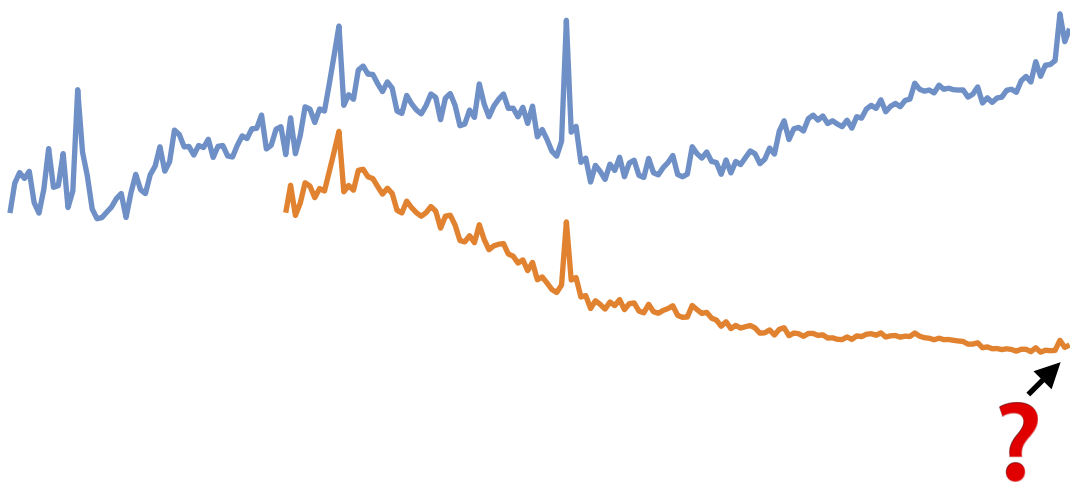
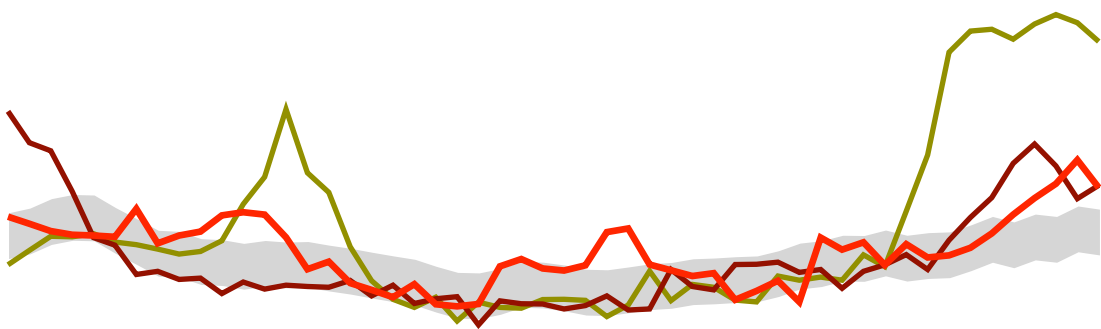


Faits marquants

Trois ans de pandémie Covid en Suisse
(bilan annuel 2022)



Mes remerciements vont au Dr Hans-Joachim Kremer pour son soutien et sa contribution en tant qu'invité, à Viviane Cuendet pour sa relecture attentive et la traduction française, ainsi qu'à tous ceux qui ont participé à la finalisation de ce travail par des réflexions et des suggestions critiques ainsi que par une relecture attentive.

Merci au professeur Oliver Hirsch pour les discussions et les débats professionnels stimulants et ses suggestions pour ce travail.

Publié sur le site de l'initiative pour l'information Covid basée sur les preuves ; URL :
[https://www.initiative-corona.info/fileadmin/dokumente/
FaitsMarquantsSuisseBilanAnnuel2022.pdf](https://www.initiative-corona.info/fileadmin/dokumente/FaitsMarquantsSuisseBilanAnnuel2022.pdf)

Raimund Hagemann, 26.03.2023

La mortalité de l'Homme est un fait inéluctable

Faits marquants: Suisse (bilan 2022)

Raimund Hagemann, 17.03.2023

État des données : 24.02.2023

*La mortalité de l'Homme est un fait inéluctable***1. Table des matières**

1. Table des matières	3
2. Données à disposition.....	4
2.1. Sources.....	4
2.2. Explication des principaux paramètres méthodologiques.....	5
3. Introduction	9
4. Le Covid-19 est-il une « simple » grippe ?.....	9
5. Trois ans de pandémie en Suisse	10
5.1. Nombre de cas, de tests et de décès du 24.02.2020 au 31.12.2022.....	10
5.2. Évolution de la pandémie en chiffres cumulés	12
6. Variants du virus en Suisse et dans le monde	15
7. Le Covid-19 par rapport aux décès en général.....	19
7.1. Décès avec test PCR positif par groupes d'âge en Suisse	20
7.2. Hospitalisations avec Covid-19 par groupes d'âge en Suisse.....	21
7.3. L'absence de la grippe.....	22
8. Analyse de l'évolution de la mortalité.....	27
8.1. Contexte démographique des décès	28
8.2. Approche méthodologique de l'analyse de la mortalité	30
8.3. Standardisation selon l'âge - Taux de mortalité	30
9. Mortalité, causes de décès - Le traitement statistique de l'OFS.....	32
9.1. Décès et taux de mortalité standardisé, état des données : 14.02.2023.....	32
9.2. Surmortalité et prévisions de l'OFS pour les groupes d'âge 65+	33
9.3. Surmortalité et prévisions de l'OFS groupes d'âge 0-64 ans	40
9.4. Analyse différenciée de la mortalité dans des groupes d'âge de 20 ans.....	44
9.5. Taux de mortalité comparé aux les années précédentes à moyen et long terme.....	59
9.6. Comparaison des méthodes de calcul de la surmortalité	62
10. Analyse de la mortalité par année civile ou saisonnière ?	64
11. Évaluation du Covid-19 dans les statistiques sur les causes de décès 2020 et 2021	68
12. Questions sur le Code de bonnes pratiques de l'Office fédéral de la statistique	70
13. Taux d'occupation des hôpitaux.....	73
13.1. Taux d'occupation des unités de soins intensifs.....	73
13.2. Taux d'occupation des lits hospitaliers.....	79
14. Effets secondaires des vaccins documentés	81
14.1. Swissmedic : Déclarations d'effets indésirables présumés des vaccins en Suisse.....	81
14.2. Swissmedic assume-t-il son obligation de contrôle de la sécurité ?.....	83
14.3. Les risques particuliers liés à la vaccination et leur traitement.....	86
14.4. Comparaison avec les systèmes de déclaration internationaux.....	91
14.5. Myocardite : comparaison 14 ans vaccins contre la grippe et 2 ans vaccins Covid	99
15. Baisse inattendue des naissances neuf mois après le début de la vaccination.....	102
15.1. Naissances vivantes et décès en Suisse.....	102
15.2. Baisse natalité 2022, conséquence de la vaccination contre le Covid-19 ?	102
15.3. Baisse de natalité en corrélation avec les doses de vaccins 20-49 ans.....	105
15.4. Augmentation des morts-nés en 2021	106
15.5. Augmentation du risque de cancer suite à la vaccination Covid-19 ?	107
15.6. Flux de données interrompus : Enregistrement/non-enregistrement statut vaccinal.....	108
16. Les vaccins à ARNm offrent-ils la protection annoncée ?	112

2. Données à disposition

2.1. Sources

- Office fédéral de la santé publique (OFSP) : Données au format .csv, état : 07.02.2023 Covid-19

Suisse

1. COVID19Cases_geoRegion_AKL10_w.csv
2. COVID19Cases_geoRegion.csv
3. COVID19Cases_vaccpersons_AKL10_w
4. COVID19Death_geoRegion_AKL10_w
5. COVID19Death_geoRegion.csv
6. COVID19Hosp_geoRegion_AKL10_w.csv
7. COVID19Hosp_geoRegion.csv
8. COVID19HospCapacity_geoRegion.csv
9. COVID19Re_geoRegion.csv
10. COVID19Test_geoRegion_AKL10_w.csv
11. COVID19Test_geoRegion_all.csv
12. COVID19Test_geoRegion_PCR_Antigen.csv
13. COVID19VaccDosesAdministered_AKL10_w.csv
14. COVID19VaccPersons_AKL10_w_v2.csv
15. COVID19Variants_wgs.csv
16. COVID19AdministeredDoses_vaccine.csv
17. COVID19VaccPersons_vaccine.csv
18. COVID19VaccSymptoms.csv

- Office fédéral de la statistique (OFS)

1. *Décès selon la classe d'âge quinquennale, le sexe, la semaine et le canton, Etat au 23.03.2023*
2. *OFS : Décès selon la classe d'âge quinquennale, le sexe, la semaine et le canton, 2000-2019 (3.1.2000-29.12.2019)*
3. *OFS : Décès selon la classe d'âge quinquennale, le sexe, la semaine et le canton (30.12.2019-3.1.2021)*
4. *OFS : Décès selon la classe d'âge quinquennale, le sexe, la semaine et le canton (4.1.2021-28.11.2021)*
5. *OFS : Population résidente permanente par âge, sexe et catégorie de nationalité, 2010-2020 (au 31.12 de chaque année)*
6. *OFS : Bilan provisoire de la population résidante permanente en 2021 par année, canton, sexe, âge et composante démographique (Etat : 12.06.2022)*
7. *OFS : Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès, hommes, depuis 1970*
8. *OFS : Nombre de décès et taux de mortalité selon les principales causes de décès, femmes, depuis 1970*
9. *OFS : STAT-TAB – tableaux interactifs: bilan démographique selon l'âge (décès, population, naissances)*
10. *OFS : Office fédéral de la statistique : Statistique médicale des hôpitaux: nombre de cas selon le diagnostic principal d'hospitalisation, par classe d'âge et par sexe, Etat : 24.11.2022*

11. OFS : Décès par semaine, 2010-2023 (état au 14.02.2023) ; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.assetdetail.24266458.html>
12. OFS : STAT-TAB – *tableaux interactifs* : bilan démographique par âge (décès, population)
13. OFS – Maladies concomitantes pour les décès dont le COVID-19 est la cause principale, par mois, selon le sexe, je-d-14.03.04.01.16; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.23768473.html>, Etat : 20.12.2022 (provisoire)
14. OFS – Nombre de décès dus au COVID-19 selon la statistique des causes de décès (OFS) et le système de déclaration (OFSP), par mois, par classe d'âges, selon le sexe ; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.23768475.html>, Etat : 20.12.2022 (provisoire)
15. OFS - Population résidente permanente et non permanente... sexe et canton, 3e trimestre 2022 ; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population.assetdetail.23728332.html>

- Swissmedic

1. Swissmedic – Déclarations d'effets indésirables présumés de vaccins contre le Covid-19 évaluées en Suisse – mise à jour ; URL : <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-19.html>

2.2. Explication des principaux paramètres méthodologiques

Définitions de base selon l'OFS :

Taux bruts ¹

Les taux bruts indiquent le nombre annuel de nouveaux cas de cancer pour 100'000 habitants. Ils sont calculés en divisant le nombre de cas enregistrés dans un groupe de population (les hommes, p. ex.) par l'effectif de ce groupe de population, puis (comme c'est généralement le cas pour les taux calculés dans ce rapport) exprimés pour 100 000 personnes.

Taux spécifique à l'âge (santé)²

Le taux spécifique pour chaque groupe d'âge est obtenu en divisant le nombre des cas par l'effectif de la population correspondante. Généralement ce taux est exprimé en pour 100'000 habitants et il permet d'évaluer l'influence de l'âge sur le risque d'incidence ou de mortalité.

Taux standardisés ¹

Pour les comparaisons entre les sexes, dans le temps ou entre populations (régions ou pays), l'utilisation de taux standardisés par âge est indispensable. Le taux d'incidence (nouveaux cas) et le taux de mortalité (décès) varient en effet selon l'âge. Ils dépendent de la structure par âge de la population à un moment donné. Les taux standardisés par âge sont calculés en appliquant les taux par âge observés dans la population étudiée à une population de référence, ici le standard européen de 1976.

¹ Source des données et des définitions : OFS – Le cancer en Suisse, rapport 2021; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/statistics/catalogues-databases.assetdetail.19305697.html>

² OFS : Définitions ; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/bases-statistiques/definitions.html>

Standardisation selon l'âge (statistique du cancer)²

*Comme les populations à comparer présentent généralement une structure d'âge différente et que les risques de maladie et de décès dépendent de l'âge, il faut éliminer l'influence de l'âge. Pour ce faire, on calcule le nombre de cas auxquels on pourrait s'attendre dans une « **population standard** », et ce pour les mêmes risques de cancer spécifiques à l'âge que dans la population étudiée. La population standard utilisée ici est la structure d'âge théorique dite « européenne » ou « mondiale », couramment **utilisée pour les comparaisons internationales des taux**.*

(Taux de mortalité standardisé selon l'âge = taux de mortalité)³

Vieillesse démographique²

Modification de la composition par âge de la population, qui se traduit par une augmentation de la proportion des personnes âgées et une diminution de la proportion des jeunes. Les facteurs du vieillissement de la population sont: la baisse de la fécondité, le recul de la mortalité aux âges élevés et la diminution du solde migratoire. Inversement, l'augmentation de la fécondité, de la mortalité et/ou du solde migratoire conduit au rajeunissement de la population.

Définitions et explications d'autres paramètres

Vaccin, vaccination : Lorsqu'il est question ci-après d'un vaccin ou d'une vaccination contre le Covid-19, il faut préciser qu'il ne s'agit pas d'une vaccination avec un agent pathogène atténué ou tué. Il s'agit d'une injection d'ARNm qui génère dans les cellules de l'organisme une protéine spike comme principe actif à un dosage inconnu, pour une durée inconnue et avec un effet et une nocivité inexpliqués.

Surmortalité : Le terme de surmortalité désigne une mortalité supérieure aux attentes (**mortalité élevée inattendue**). Pour déterminer la valeur attendue, il existe une multitude d'approches méthodologiques qui conduisent à des résultats très divergents et ne peuvent donc pas être considérées comme robustes faute de normes méthodologiques. Selon l'état des discussions de l'OMS en 2001, il est impératif d'éliminer les changements liés à la démographie et au vieillissement au moyen de la standardisation selon l'âge. Une analyse différenciée des **taux de mortalité en pourcentage** des différents groupes d'âge, afin de pouvoir identifier des signaux ciblés, est préférable à une observation sommaire de l'évolution de la mortalité tous âges confondus. Un bilan global des décès saisonniers annuels sur des périodes déterminées permet de regrouper les dépassements et les sous-dépassements en fonction de l'âge et de les évaluer dans le contexte temporel et historique.

³ OFS : Mortalité, causes de décès ; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html>

Le **taux de mortalité** désigne le nombre de décès rapporté au nombre total d'individus ou, dans le cas du taux de mortalité spécifique, rapporté à l'effectif de la population concernée, généralement au cours d'une période déterminée.⁴

Pour calculer le **taux de mortalité brut**⁵ Pour calculer le taux de mortalité brut, on rapporte le nombre de décès d'une année à la population moyenne de cette même année. Ce chiffre est généralement exprimé pour 1 000 habitants. Ainsi, le taux brut de mortalité ne dépend pas seulement du volume des décès, mais aussi de la taille et de la structure d'âge de la population. Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de décès.

Les **standardisations** sont des méthodes de calcul visant à produire des mesures épidémiologiques comparables pour des ensembles de structures différentes. La différence de structure de la population peut par exemple exister pour l'âge, le sexe et/ou d'autres caractéristiques. La standardisation selon l'âge est particulièrement fréquente, car cette donnée est généralement disponible et l'âge joue un rôle dans la plupart des problèmes de santé.

Application : Les standardisations selon l'âge basées sur une population standard sont souvent utilisées dans les registres du cancer pour comparer les taux de morbidité ou de mortalité. Si les populations de différentes régions ou la population d'une zone ont des structures d'âge différentes au fil du temps, leurs taux de mortalité ou de morbidité ne sont que partiellement comparables. Pour les comparaisons entre régions ou entre époques, une **standardisation selon l'âge** est donc nécessaire. Pour ce faire, on applique à la population de référence la structure d'âge d'une population de référence, dite **population standard**. Les taux de mortalité ou de morbidité spécifiques à l'âge de la population de référence sont alors pondérés en fonction de la structure par âge de la population standard.

Interprétation : Après une standardisation selon l'âge, il est possible de comparer les données de différentes années ou régions sans qu'il y ait de distorsions dues à des structures d'âge différentes. Lors de l'interprétation des taux de morbidité ou de mortalité standardisés selon l'âge, il convient de garder à l'esprit qu'il ne s'agit pas de données réelles. Ils décrivent plutôt ce que seraient les taux de mortalité ou de morbidité dans la population considérée si la population de référence correspondait à la population standard, c'est-à-dire en faisant abstraction des effets liés à la structure d'âge.⁶

Pour la standardisation selon l'âge dans ses statistiques sur les causes de décès, l'OFS utilise actuellement la population standard publiée par l'OMS pour l'Europe et la Scandinavie. Celle-ci présente une proportion beaucoup plus faible de personnes âgées de plus de 80 ans, soit 2 % au lieu de 5,3 % en 2020. (comparer avec le tableau 8-1). Ainsi, la mortalité des groupes d'âge avancés n'est pas suffisamment prise en compte dans le calcul des taux de mortalité. Afin d'être plus proche de la structure d'âge actuelle et de sa part dans les décès, j'utilise dans les analyses de mortalité des tableaux 9-18, 9-20 et 10-1 les chiffres de population les plus récents disponibles au 31.12.2021 ou au 30.06.2022 - à chaque fois la situation Au lieu de calculer un taux de mortalité en tant que taux pour 100 000 habitants, le taux de mortalité est converti au nombre d'habitants de l'année 2021

⁴ Lexas: Taux de mortalité ; URL : <https://weltbevoelkerung.info/statistiken/sterberate.aspx>

⁵ BiB (Institut fédéral de recherche démographique) : Rohe Sterbeziffer ; URL : <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S01-Gestorbene-Sterbeziffer-ab-1841.html>

⁶ Rapports sur la santé de la Confédération : standardisation selon l'âge ; https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?pk_uid=gast&p_aid=88212510&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=6&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=

Faits marquants : Suisse 24.03.2023

selon la question clé : Combien de personnes seraient par exemple décédées en 2015 avec les taux de mortalité en pourcentage de l'époque dans les groupes d'âge, si la Suisse avait alors eu le même nombre d'habitants qu'en 2021. Ce calcul est effectué pour toutes les années. Les taux de mortalité calculés sur une structure démographique commune sont ensuite classés pour pouvoir être comparés.

3. Introduction

Début février 2020, le coronavirus est apparu pour la première fois en Suisse. Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré la pandémie.

Conformément à la loi sur les épidémies, le 16 mars 2020, le Conseil fédéral a déclaré la « situation extraordinaire » jusqu'au 19 avril 2020. Avec la nouvelle ordonnance, il a massivement restreint la vie publique ; tous les commerces et services non essentiels ont dû fermer avec effet immédiat. Le 8 avril 2020, le Conseil fédéral a prolongé la « situation extraordinaire » jusqu'au 26 avril 2020.

Malgré les mesures strictes, selon l'Office fédéral de la statistique et la perception du public, la « plus forte mortalité » depuis 2012 s'est produite peu après et jusqu'à fin janvier 2021. Ni les mesures, ni la vaccination n'ont pu l'empêcher. Toutefois, comme nous le montrons à la page 24, cela ne se vérifie pas dans le contexte global de l'année et repose en premier lieu sur des « astuces » statistiques. A partir du 20 décembre 2020, la campagne de vaccination avec des vaccins ARNm a été déployée en Suisse. Des mesures renforcées ont été appliquées. Seules les personnes vaccinées et guéries avaient accès à l'intérieur des restaurants, des établissements culturels, sportifs et de loisirs, ainsi qu'aux manifestations organisées à l'intérieur (2G).

En 2021, des mesures de lutte contre une pandémie ont perduré. Depuis le 1er avril 2022, les dernières mesures prévues par l'ordonnance Covid 19 ont été levées. Le 21 décembre 2022, le Conseil fédéral et le Parlement ont toutefois prolongé la loi Covid-19 jusqu'à mi-2024. Ainsi, l'établissement et l'utilisation du certificat pour prouver une guérison ou une vaccination contre le coronavirus restent possibles. Si le Conseil fédéral le juge nécessaire, les mesures peuvent être réactivées à tout moment.

4. Le Covid-19 est-il une « simple » grippe ?

La distinction entre les symptômes grippaux d'une infection par le Covid-19 et ceux d'une grippe « normale » suscite encore aujourd'hui une certaine confusion, même parmi les spécialistes. La plate-forme Internet Onmeda constate ainsi que: « *Les personnes qui ont de la fièvre, des douleurs dans les membres et une toux se posent en outre la question suivante : grippe (influenza) ou Covid-19 ? Seul un test rapide Covid permet de répondre avec certitude à cette question. En effet, les symptômes des deux maladies se ressemblent.* »⁷

Au vu de la comparaison des symptômes ci-dessous, on ne peut que confirmer l'affirmation d'Onmeda selon laquelle les tests Covid font la différence. Une fois de plus, les fabricants de tests rapides et PCR affirment qu'ils ne peuvent pas détecter la maladie. Des analyses approfondies indiquent que les tests PCR à plus de 40 cycles de valeur Ct devraient être rejetés sur le plan diagnostique, alors qu'ils étaient couramment utilisés pour le Covid, notamment en Suisse.

⁷ Onmeda : Grippe (Influenza): Symptômes, évolution et durée ; URL : <https://www.onmeda.de/krankheiten/influenza-id200265/>

Afin de comparer avec la grippe, le tableau suivant rassemble les déclarations de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) dans ses fiches d'information sur la grippe, ainsi que des informations de la FAQ de l'OFSP sur le Covid-19.⁸

Grippe (Influenza)	Covid-19
La grippe saisonnière ne doit pas être confondue avec un simple refroidissement (éternuements, rhume et maux de gorge). Une grippe peut entraîner des complications graves allant jusqu'au décès.	Les symptômes de la maladie sont d'intensité variable et peuvent varier en fonction du variant du virus. Ils peuvent aussi être légers. Un simple rhume peut déjà signifier une infection.
apparition brusque d'une fièvre généralement supérieure à 38 °C,	fièvre
Maux de tête, accès de toux (toux sèche d'irritation), difficultés respiratoires, sensation de faiblesse	Maux de tête, faiblesse générale, malaise Symptômes de maladie respiratoire aiguë (maux de gorge, toux (généralement sèche), essoufflement, douleurs thoraciques), rhume
La perte partielle ou totale du goût et de l'odorat est connue comme complication d'une grippe. L'éruption cutanée n'est pas un symptôme typique de la grippe (influenza). Néanmoins, certaines personnes sont confrontées à des manifestations cutanées remarquables dans le cadre de la grippe.	perte soudaine de l'odorat et/ou du goût, éruptions cutanées
Douleurs musculaires et articulaires	douleurs musculaires
rarement, un syndrome de Guillain-Barré (troubles neurologiques)	La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a récemment émis un avertissement selon lequel le vaccin à dose unique est associé à un risque accru de développer le syndrome de Guillain-Barré
Chez les enfants, les symptômes principaux peuvent être des diarrhées et des douleurs abdominales	symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales)
Une grippe peut durer une dizaine de jours	En cas d'évolution grave, la maladie dure en général deux à quatre semaines
Mais la toux et la sensation de faiblesse peuvent durer plus longtemps	faiblesse générale, malaise
Chez les personnes âgées, les nourrissons, les personnes souffrant de maladies chroniques et les femmes enceintes, elle peut entraîner des complications	Certaines personnes ne présentent aucun symptôme ou se rendent à peine compte qu'elles sont malades. D'autres tombent gravement malades et nécessitent un traitement intensif à l'hôpital
Les plus fréquentes sont les difficultés respiratoires, l'otite moyenne, la pneumonie	Des complications telles qu'une pneumonie sont également possibles
la méningite (inflammation des méninges) et la myocardite (inflammation du muscle cardiaque)	Une infection due au SRAS-CoV-2 peut provoquer des myocardites

Lors de mes recherches, je n'ai trouvé aucun symptôme « caractéristique » du Covid-19 qui ne soit pas commun à la grippe. Il ne reste donc que le test, critère de distinction discutable. Les différences d'évolution de la maladie s'expliquent certainement aussi par des différences dans les traitements - en particulier la ventilation excessive des patients Covid-19 - et bien d'autres facteurs. Je tiens à souligner que la grippe, tout comme le Covid-19, n'est en aucun cas une « simple » maladie, mais qu'elle aussi est potentiellement mortelle. Ce travail, intitulé « Faits marquants », se concentrera sur l'examen détaillé des conclusions statistiques que l'on peut tirer de ce vaste ensemble de données.

5. Trois ans de pandémie en Suisse

5.1. Nombre de cas, de tests et de décès du 24.02.2020 au 31.12.2022

L'épidémie mondiale de coronavirus a conduit l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à qualifier l'événement de pandémie le 11 mars 2020. Cette date marque le début de la phase de collecte des tests positifs, des hospitalisations et des décès avec test positif, pour la troisième année consécutive, résultant en montagnes de chiffres gigantesques. Cela donne l'impression d'une

⁸ OFSP : Factsheet Grippe saisonnière, p. 1; URL : <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/mt/i-und-b/factsheets-impfungen/saisonale-grippe.pdf.download.pdf/saisonale-grippe-de.pdf>

situation de plus en plus menaçante, dont la fin ne semble pas encore se profiler. Pour être exact, le recensement du « nombre de cas » et de « décès » aurait dû repartir à zéro chaque année. Jusqu'à présent, les statistiques sur les causes de décès se terminaient à la fin de l'année, ce qui permettait de visualiser les évolutions en comparaison annuelle. Ceci permet d'identifier et d'évaluer les progrès, les échecs et les erreurs.

La situation des sources : dans les informations sur la situation actuelle « Covid-19 Suisse », l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) publie chaque semaine les données statistiques détaillées sous forme de diagrammes et de fichiers csv à télécharger. Il est remarquable que les critères de relevés et de déclaration de l'OFSP aient été adaptés douze fois au total jusqu'en janvier 2023, et que leur contenu ait été le plus souvent étendu, ce qui a donné lieu à de nombreux régimes de test différents. Afin de pouvoir évaluer les effets de ces changements de méthode, il aurait fallu à chaque fois recommencer le recensement à zéro. Aucune indication n'est donnée sur le nombre de personnes guéries. Ces chiffres peuvent être déduits comme suit : Les guéris sont le nombre de tests positifs jusqu'au 31.12.2022 moins les 13 902 personnes décédées jusqu'au 17.01.2023.

Corrélation entre le nombre de cas, de décès et le taux de dépistage en Suisse

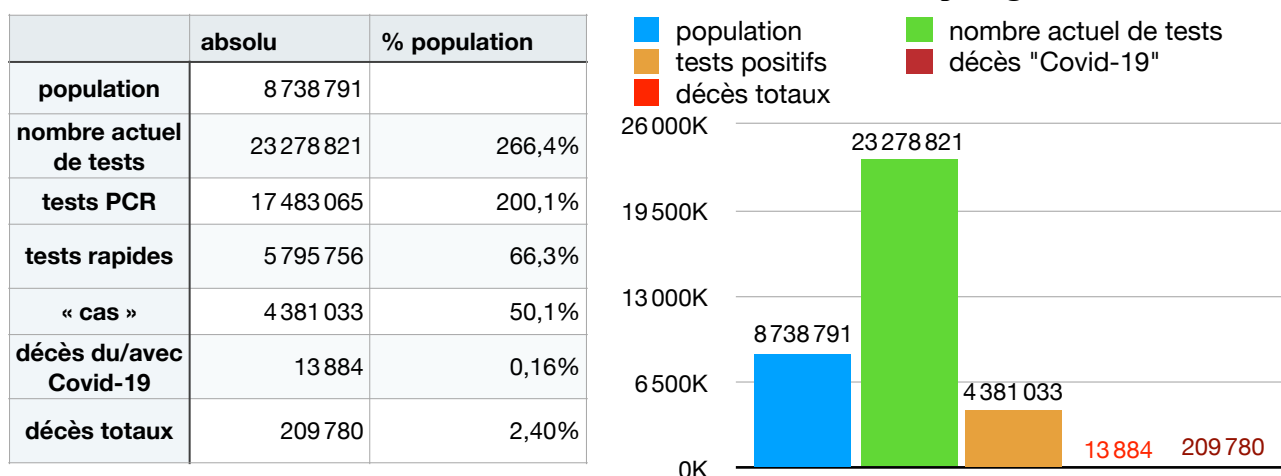
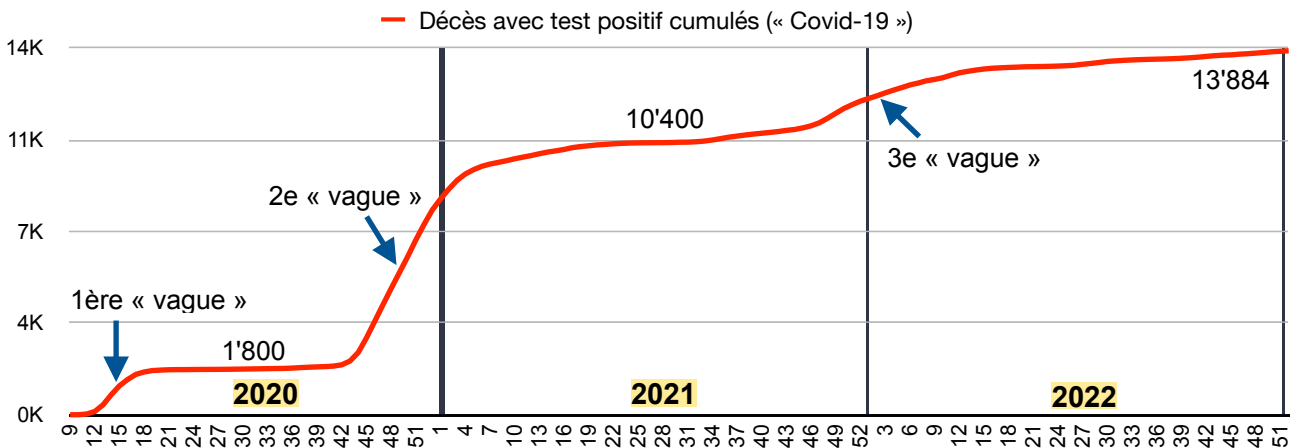


Tableau 5-1; graphique 5-1; (sources OFSP 2, 3, 5, 11 – situation 31.12.2022)

Le tableau et le graphique 5-1 illustrent les proportions du nombre absolu de décès par rapport au nombre de tests positifs et au nombre total de tests effectués du 24 février 2020 au 31 décembre 2022 pour l'ensemble de la population suisse. Avec 23,3 millions de tests effectués, la population suisse totale a été testée 2,6 fois. Avec 4,4 millions de tests positifs (« cas », y compris les tests multiples) et 8,7 millions d'habitants, il semble que moins de la moitié de la population ait eu un test positif jusqu'à présent. Cela surprend à la fin de la troisième année de pandémie pour une maladie considérée comme très infectieuse. Le pourcentage de la population décédée sur l'ensemble de la période (0,16 %) est faible, car il s'agit de la somme cumulée sur trois années civiles. La part des décès attribués au Covid-19 représente 6,6 % du total des décès cumulés sur cette période.

5.2. Évolution de la pandémie en chiffres cumulés

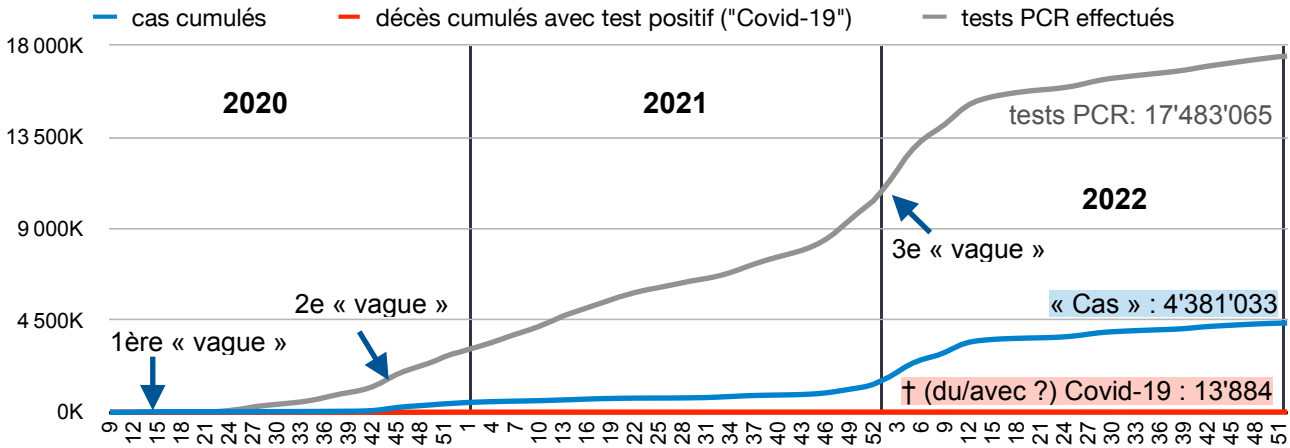
Cumul de l'évolution des décès attribués au Covid-19



Graphique 5-2; (sources OFSP 5 – période jusqu'à la sem. 52/2022)

Si l'on observe le cumul des décès attribués au Covid-19, on constate par trois fois, entre les parties plates de la courbe, une augmentation par paliers qui révèle les trois « vagues ». Contrairement au comptage de la SRF par ex., celui-ci se base exclusivement sur les augmentations frappantes des décès (courbe rouge). Alors que la première vague de mars/avril 2020, qui ne concernait que les cantons romands et le Tessin, entraîne une augmentation de 1'800 décès, la deuxième, d'octobre 2020 à janvier 2021 se traduit par une augmentation de 8'600 décès attribués au Covid-19 sur la base de tests positifs. En automne/hiver 2021/22, 3 500 décès supplémentaires seront aussi attribués au Covid-19 sans que la causalité soit établie.

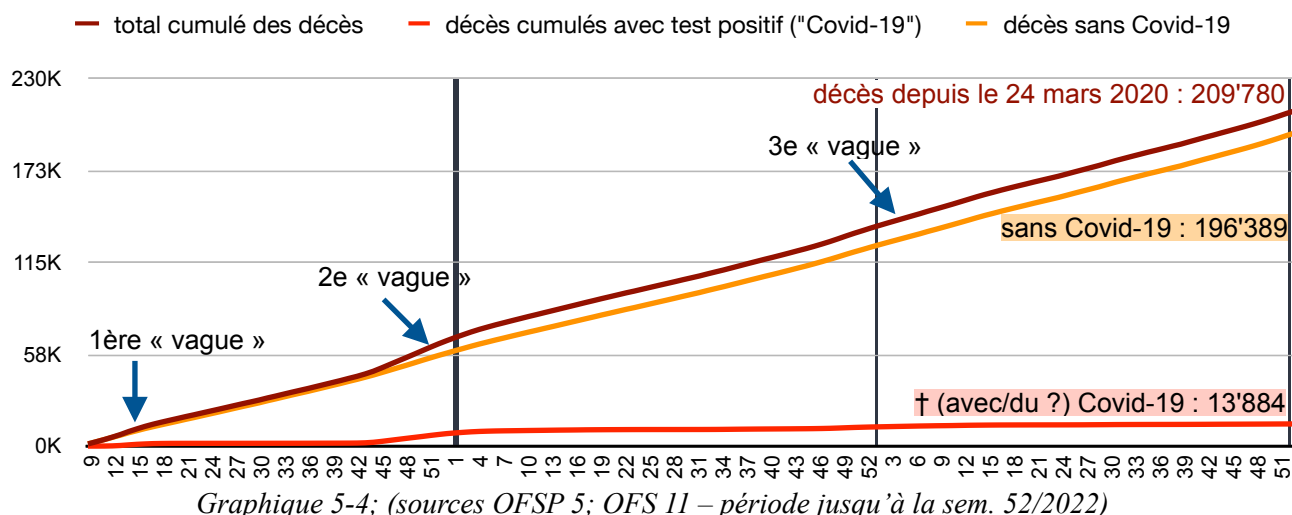
Evolution cumulée du Covid-19 par rapport aux tests effectués



Graphique 5-3; (sources OFSP 2, 5, 12 – période jusqu'à la sem. 52/2022)

Les 13'884 « décès Covid-19 » (courbe rouge) sont presque imperceptibles lorsqu'on les compare au « nombre de cas », les tests positifs (courbe bleue), qui ne représentent que 0,312 %. Si on met en parallèle la courbe grise des 17,5 millions de tests effectués, on se rend compte de l'inutilité du dépistage non ciblé de l'ensemble de la population. Ici, l'utilité d'une éventuelle détection de la maladie et l'effort totalement disproportionné entraînent un dommage économique incroyablement élevé pour l'ensemble de la population. Si l'on compare dans le graphique 5-2 l'augmentation relativement modeste des décès en 2022, force est de constater que des décès Covid-19 ont également été « induits » par le biais d'une escalade du « nombre de cas » et qu'ils créent une image fictive d'une situation de menace qui n'existe pas réellement.

Décès cumulés avec et sans Covid-19



Seule la deuxième « vague » révèle en effet une augmentation de la mortalité cumulée. Si l'on déduit les décès dus au Covid-19 de la courbe orange de la courbe globale des décès (courbe marron), on voudrait nous faire croire que le Covid-19 est responsable de l'augmentation. Sans une répartition claire des causes, y compris des parts de décès dues à des approches thérapeutiques inappropriées, à un manque de soins, aux dommages psychiques causés par l'isolement social à la suite des mesures ainsi qu'à l'absence d'examen pathologique et médical pour déterminer si le Covid-19 était effectivement la cause du décès, l'argumentation unilatérale à ce sujet ne conduit à aucune preuve causale.

Les tableaux suivants donnent un aperçu de l'évolution des chiffres pour les trois années de pandémie de 2020 à 2022.

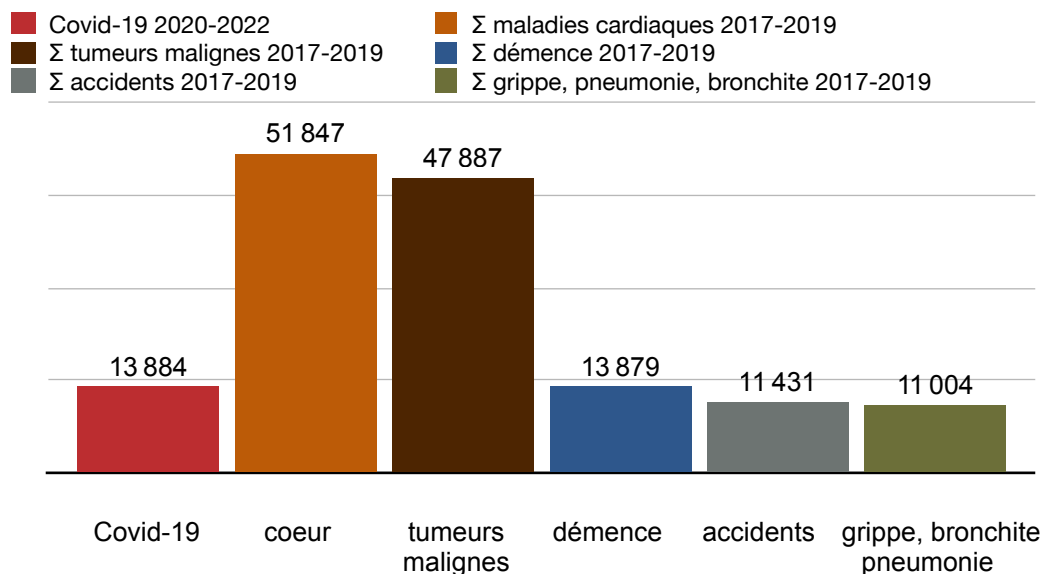
Évolution des tests, du nombre de cas et des décès

	tests	tests positifs	% de positivité	décès Covid-19	taux de mortalité par cas (case fatality rate)
2020	3 322 612	456 091	13,7%	7 610	1,669%
2021	11 117 538	1 025 725	9,2%	4 335	0,423%
2022	8 838 639	3 403 341	38,5%	1 939	0,057%
total	23 278 789	4 885 157	21,0%	13 884	0,284%

Tableau 5-2; (source OFSP 12)

De 2020 à 2021, le nombre de tests a plus que triplé (x 3,3), alors que le nombre de décès attribués au Covid-19 a nettement diminué. En 2021, le taux de mortalité par cas est tombé à un quart de celui de l'année précédente et, en 2022, au trentième du taux de mortalité initial, ce qui est en général attribué aux caractéristiques « légères » du « variant Omicron ».

Comparaison des causes de décès cumulées sur trois ans



Graphique 5-5; (sources OFSP 5, OFS 10)

Les décès dus au Covid-19 ont continué à être cumulés tout au long des trois années de « pandémie », ce qui a rendu la situation soi-disant de plus en plus menaçante. Cela a permis de masquer la baisse du nombre d'« infections » et de décès. Si l'on cumule également les autres causes de décès figurant dans le graphique sur la même période, le Covid-19 devient une cause de décès parmi d'autres, à laquelle on a simplement attribué un statut d'exception permanent. Les journalistes, les analystes et surtout les politiciens ignorent encore aujourd'hui que d'autres domaines de la médecine et des soins ont été massivement négligés.

6. Variants du virus en Suisse et dans le monde

Variants du virus Covid 19 apparus dans le monde selon la base de données GISAID : 12'815'539 (Etat : 31.12.2022)⁹

hCoV-19 data sharing via GISAID

12 815 539

genome sequence submissions

Onze variants du virus, détectés par séquençage, sont apparus en Suisse. (Etat : 16.10.2022). La dernière annonce de séquençage sur Omicron remonte au 07.10.2022, et le dernier séquençage sur Delta au 23.5.2022. La documentation de l'OFSP ne s'étend actuellement que jusqu'au 16.10.2022, depuis, plus aucun type de virus n'a été publié.

Variants du virus détectés en Suisse par séquençage à ce jour

nom	variant	nombre	depuis	jusqu'au
GR (UK)	B.1.1.318	208		
Omicron	B.1.1.529	38 553	22.11.2021	08.02.2022
Alpha	B.1.1.7	19 810	07.12.2020	05.09.2021
Beta	B.1.351	299	04.01.2021	05.02.2022
Eta	B.1.525	48	15.03.2021	06.05.2021
Iota	B.1.526	11		
Kappa	B.1.617.1	9	28.04.2021	28.04.2021
Delta	B.1.617.2	46 771	05.05.2021	13.02.2022
Lambda	C.37	29		
Gamma	P.1	231	29.01.2021	05.02.2022
Zeta	P.2	21	16.02.2021	31.03.2021
total séquencé		105 990	4,62%	
total positif		2 294 321		
non séquencé		2 188 331	95,38%	

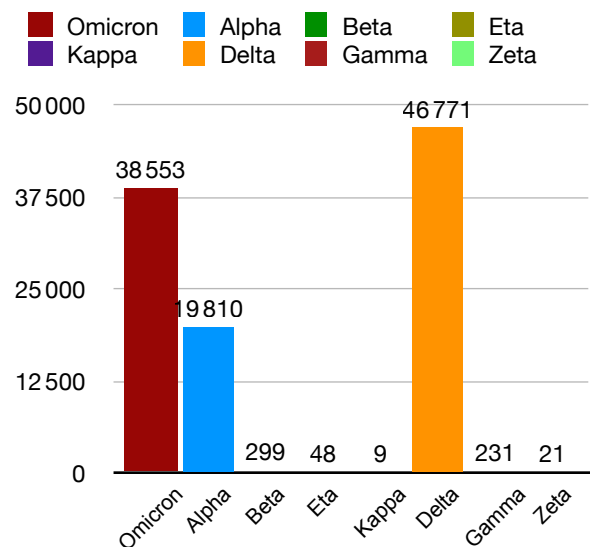
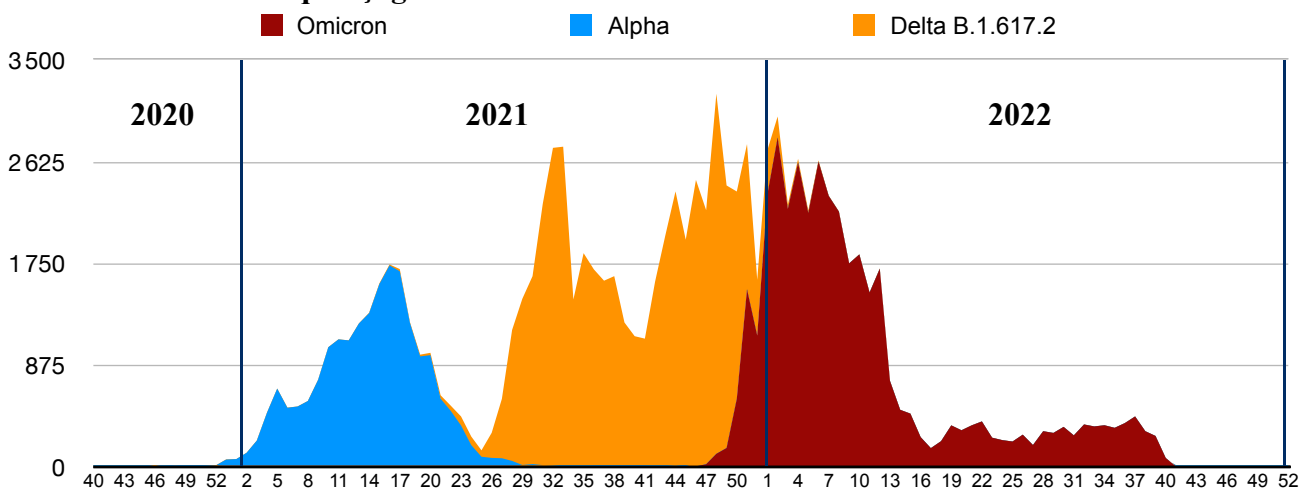


Tableau 6-1; graphique 6-1; (source OFSP 15)

Séquencage de virus en Suisse semaine 40/2020 à 40/2022

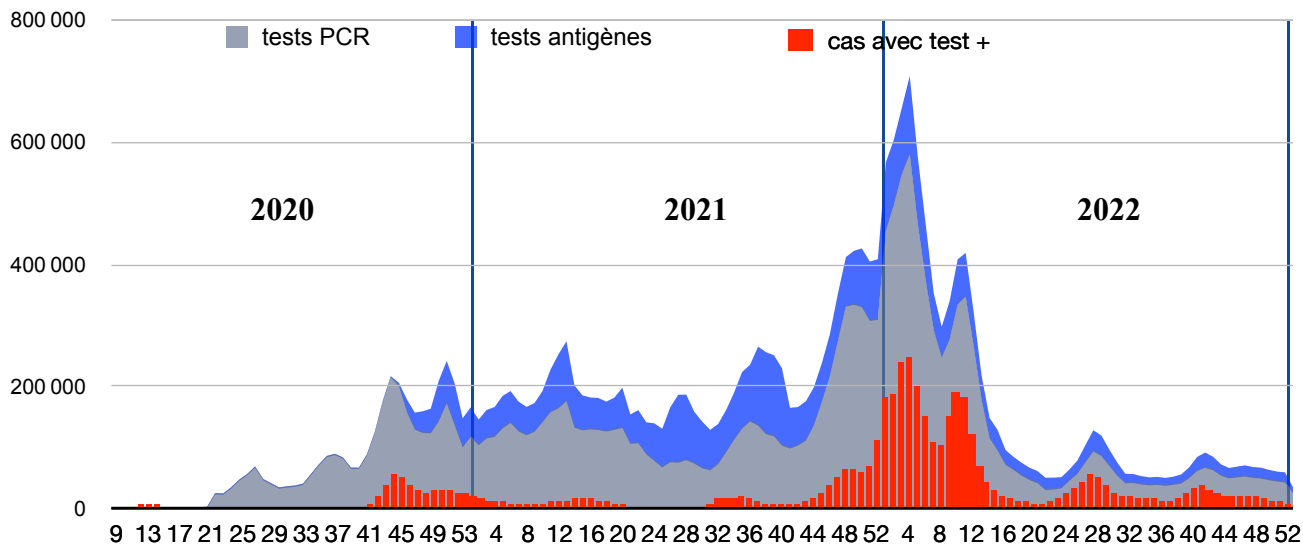


Graphique 6-2; (source OFSP 15)

Sur 17'482'985 tests positifs, 248'838 (1,42 %) ont été attribués à un type de virus par séquençage. 98,6 % n'ont pas été séquencés.

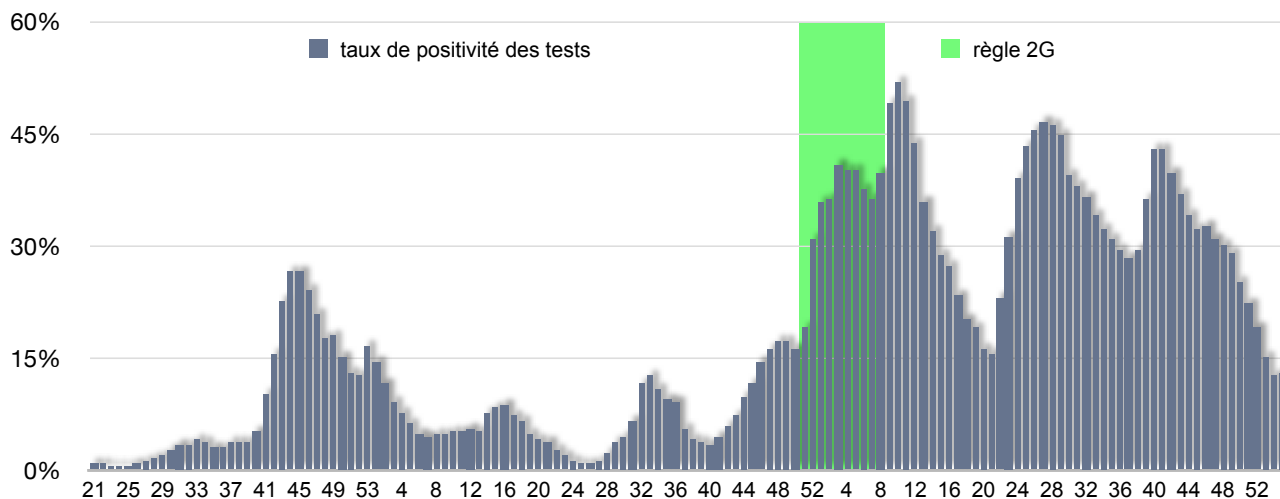
⁹ GISAID : Virus variants; URL : <https://gisaid.org>

« Nombre de cas » comparés à l'ensemble des tests réalisés en Suisse de 2020 à 2022



Graphique 6-3; (source OFSP 12)

Taux de positivité des tests effectués



Graphique 6-4; (source OFSP 12)

Les deux graphiques montrent une corrélation très nette entre le nombre de tests et le nombre de cas. L'introduction de la règle des 2G le 20 décembre 2021 marque le début d'une « ruée » évidente vers les tests, dont le taux de positivité augmente ponctuellement jusqu'à 40-50% pour « acquérir » un certificat. Ainsi, un test PCR sur deux effectué fournit un certificat de guérison fiable. Un ami médecin suisse a commenté cette situation en ces termes : « *Les gens venaient en masse au cabinet pour se faire dépister. Or, les personnes non vaccinées ne présentaient quasiment aucun symptôme. En revanche, ceux qui étaient vaccinés et boostés étaient vraiment malades.* » Mais ceux qui, vaccinés, veulent voir un test positif accompagné de symptômes comme une réponse immunitaire bienvenue après le vaccin, censée compléter la réponse immunitaire contre le Covid - comme l'ont diffusé dans les médias des virologues renommés - feraient mieux de remettre en question l'efficacité des vaccins. Les laboratoires disposent pour les taux de positivité de la possibilité d'augmenter la concentration du virus à des niveaux non utilisables pour le diagnostic (valeur ct de 40-45), pour ainsi dire comme moyen de générer des tests positifs absurdes. Mais le disclaimer de l'OFSP « *Comme il est possible de faire plusieurs tests par personne, le nombre de tests positifs est*

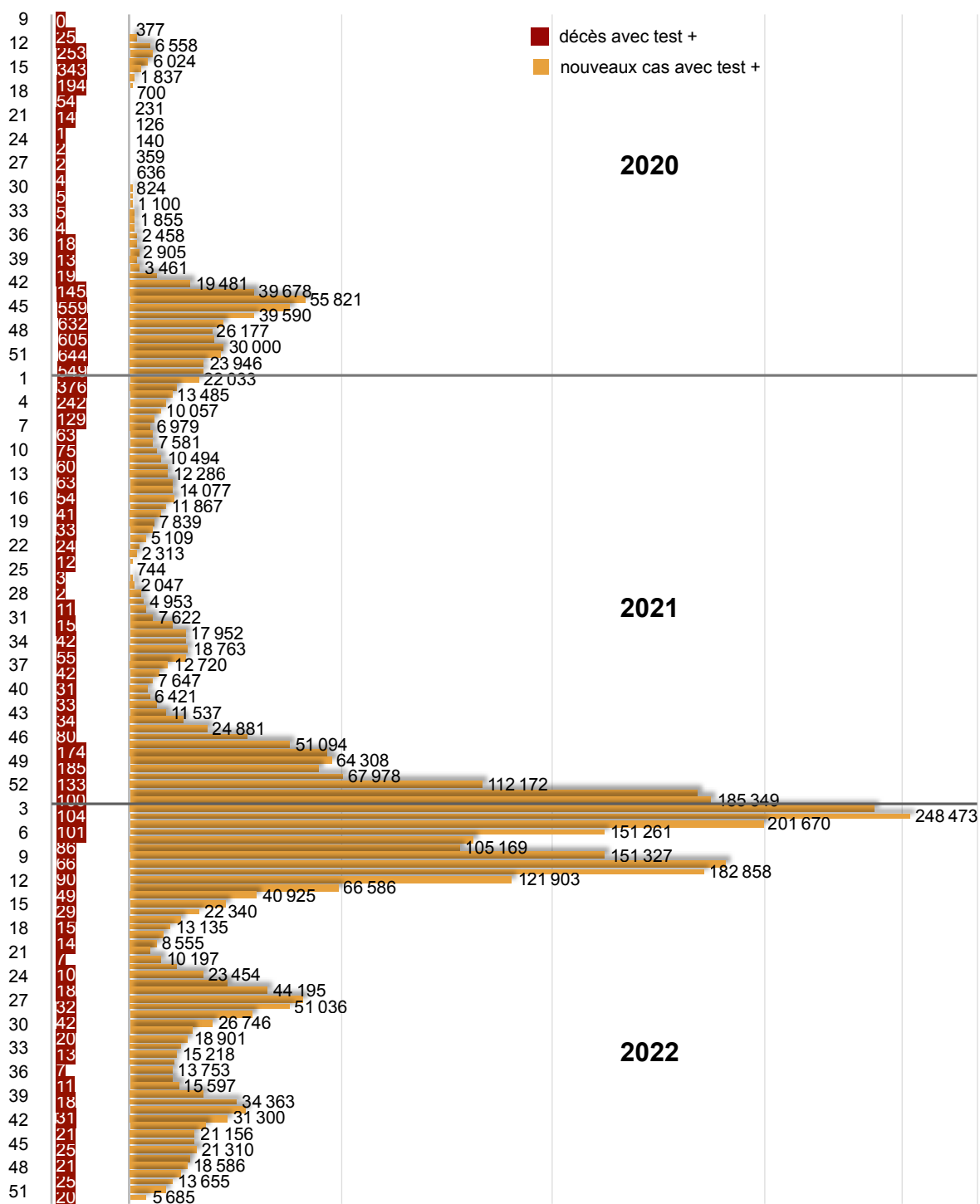
supérieur au nombre de personnes testées positives »¹⁰ doit également être considéré comme une astuce : Si le fait de tester plusieurs fois une personne conduit à plusieurs cas, cela fait forcément grimper le taux de positivité. En comptant à double les tests PCR et les tests antigènes positifs et en ne tenant pas compte des résultats négatifs des tests, le taux de positivité devient un enjeu arbitraire permettant d'imposer les mesures souhaitées sans aucune preuve évidente d'une situation de danger réelle. Cette stratégie de déclaration absurde et faussée est d'autant plus explosive que le Conseil fédéral a fait dépendre en février 2021 d'autres étapes d'ouverture (entre autres) d'un faible taux de positivité.¹¹

Le calcul des différentes corrélations entre les tests, le nombre de cas, les décès Covid-19 et les taux de positivité a confirmé l'absurdité de la méthodologie mise en œuvre, car tous les paramètres étaient corrélés entre eux, mais pas le taux de positivité, ce qui démontre l'inutilité de tester sans raison et la manipulation des résultats.

¹⁰ OFSP, Tests et proportion de tests positifs, 04.05.2022, <https://www.covid19.admin.ch/fr/epidemiologic/test?time=total&rel=abs>

¹¹ Coronavirus : le Conseil fédéral décide de premiers assouplissements prudents à partir du 1er mars, 24.02.2021, <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués/communiqués-conseil-fédéral.msg-id-82462.html> et OFSP, <https://www.fr.ch/sites/default/files/2021-04/valeurs-indicatives-pour-lassouplissement-des-mesures.pdf>.download.pdf/ Aktuelle%20Richtwerte%20f%C3%BCr%20%20C3%96ffnungen%20und%20Versch%C3%A4rfungen.pdf, L'"incidence des cas sur 14 jours" est basée sur le taux de positivité. Assemblée fédérale, question 21.7028, 01.03.2021, <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=52039>.

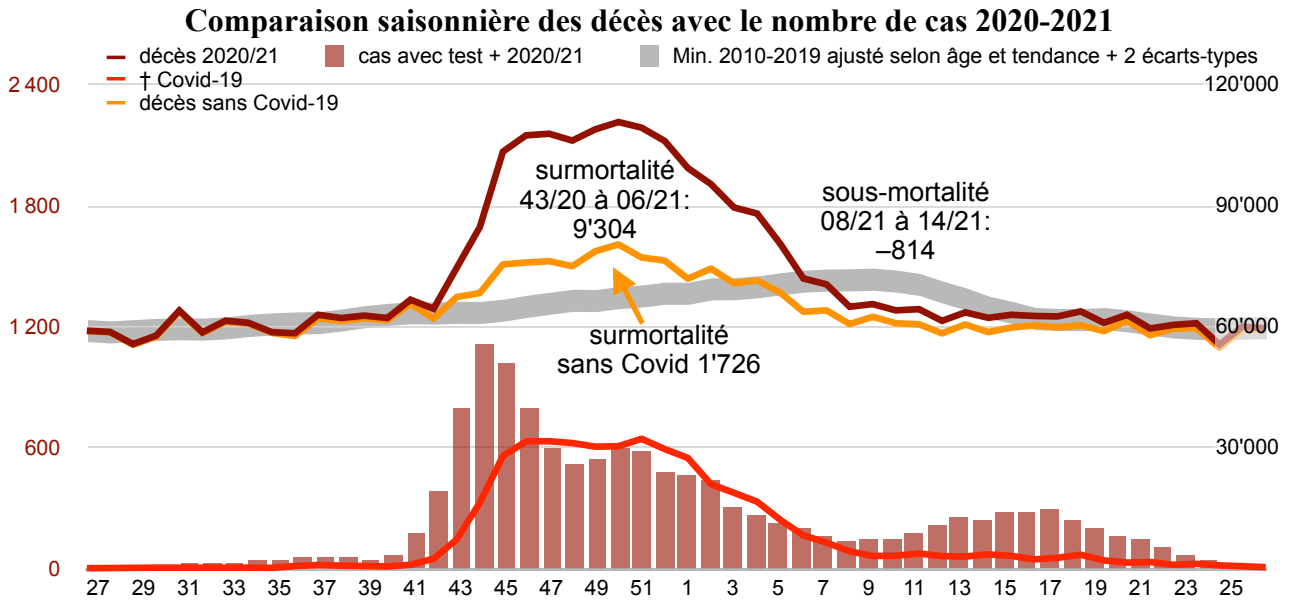
Relation entre les décès Covid-19 et le « nombre de cas » 2020-2022



Graphique 6-5 (sources OFSP 2, 5)

Le pourcentage de décès est si faible par rapport au « nombre de cas » qu’il disparaît du diagramme en barres. A la place, les chiffres hebdomadaires absolus sont indiqués sur fond rouge. La proportion de décès avec un test positif par rapport au nombre total de cas évolue d’une « vague » à l’autre et montre, lorsque le nombre de cas est le plus élevé en hiver/printemps 2021/2022, une mortalité nettement plus faible que lors des première et deuxième vagues. Alors qu’en 2022, le nombre de cas continue de montrer des mouvements de vague significatifs à un niveau plus bas, en phase avec les tests, les décès avec test positif, relativement stables, oscillent dans une fourchette allant de moins de 20 à 40 décès. La cause réelle de ces décès n’est pas déterminée.

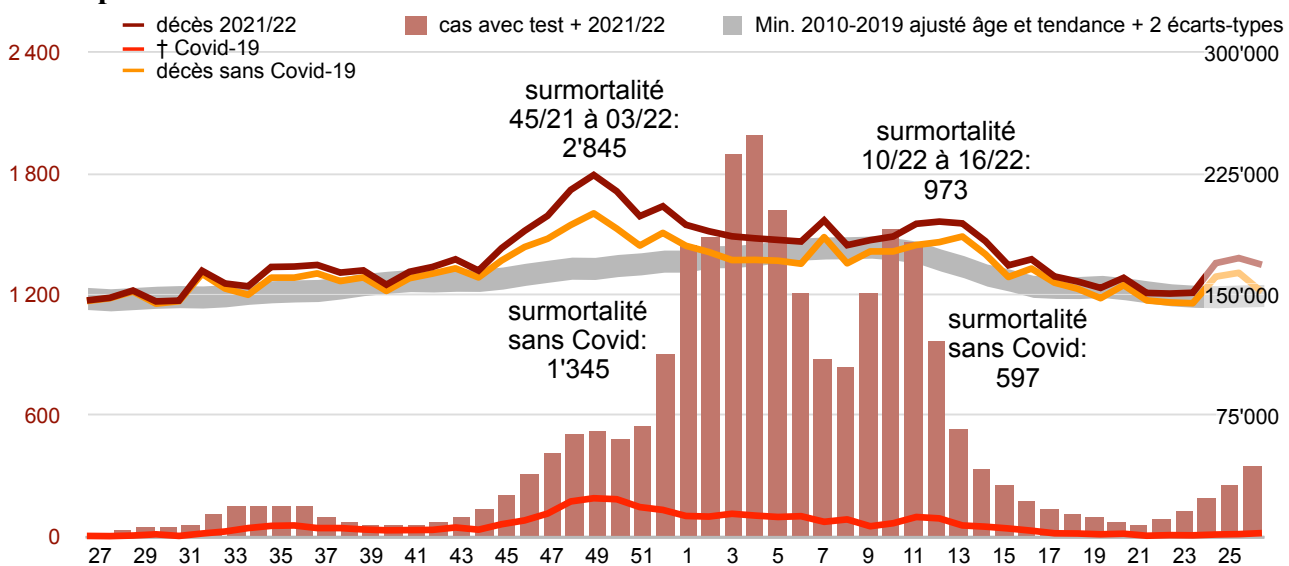
7. Le Covid-19 par rapport aux décès en général



Graphique 7-1; (sources OFSP 5, OFS 1, 3, 4)

Le graphique 7-1 montre le nombre absolu de décès (courbe brune) par rapport au nombre de cas positifs (colonnes brun-rouge) et aux décès attribués au Covid-19 (courbe rouge). La bande grise en arrière-plan s'oriente sur les décès minimaux standardisés selon l'âge des années 2010 à 2019 et joue le rôle de marqueur d'une zone idéale. La surmortalité élevée des semaines 43/2020 à 06/2021, avec 9 304 décès au-dessus de la zone idéale moyenne, est suivie d'une phase de sous-mortalité avec un déficit de 814 décès. On constate une corrélation très nette entre le nombre total de décès et celui des décès Covid-19. Toutefois, si l'on déduit les décès Covid-19 déclarés des décès totaux, il reste un cinquième de surmortalité qui n'est pas couvert par le Covid-19 et qui peut ne peut guère qu'être considéré comme une conséquence des mesures, ce qui n'a jamais été étudié en détail.

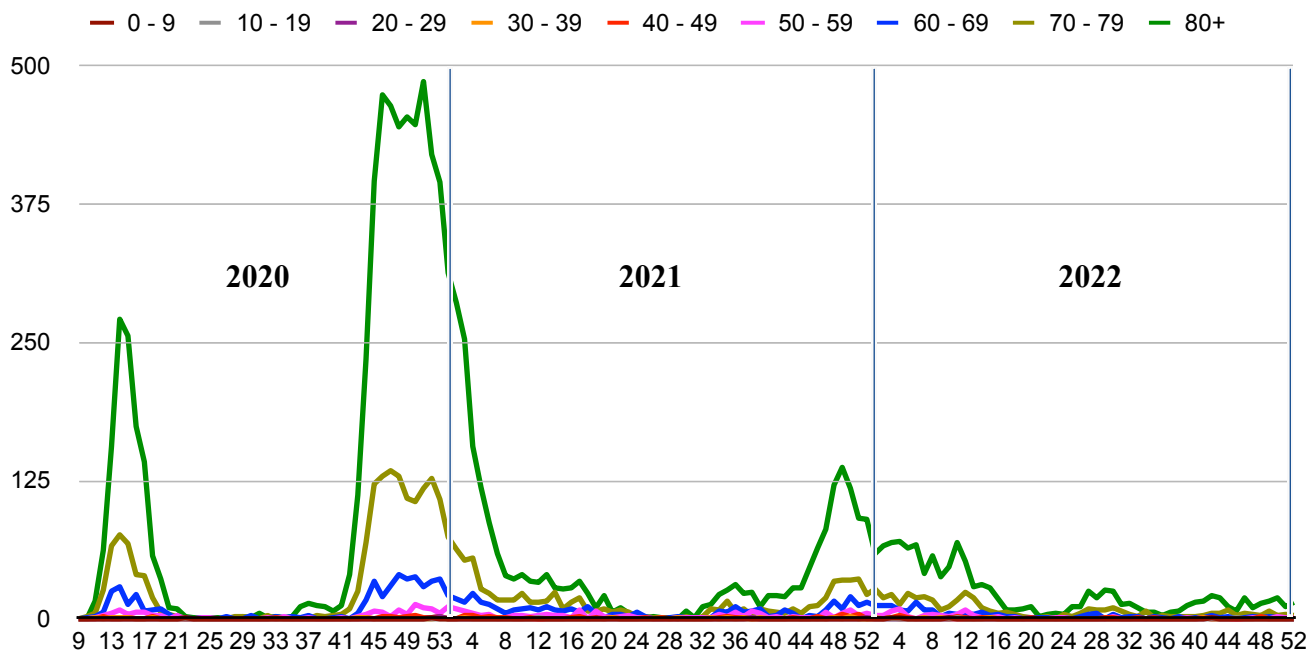
Comparaison saisonnière taux de mortalité tous décès confondus/nombre de cas 2021-2022



Graphique 7-2; (sources OFSP 5, OFS 1, 3, 4)

Pour la saison 2021/2022, environ la moitié de la surmortalité reste sans explication plausible. Le nombre de cas dépend principalement du nombre de tests. La deuxième phase de 2022 est en parfaite corrélation avec l'épidémie de grippe dont le pic se situe entre le 14 et le 27 mars 2022.

7.1. Décès avec test PCR positif par groupes d'âge en Suisse



Graphique 7-3; (source OFSP 4)

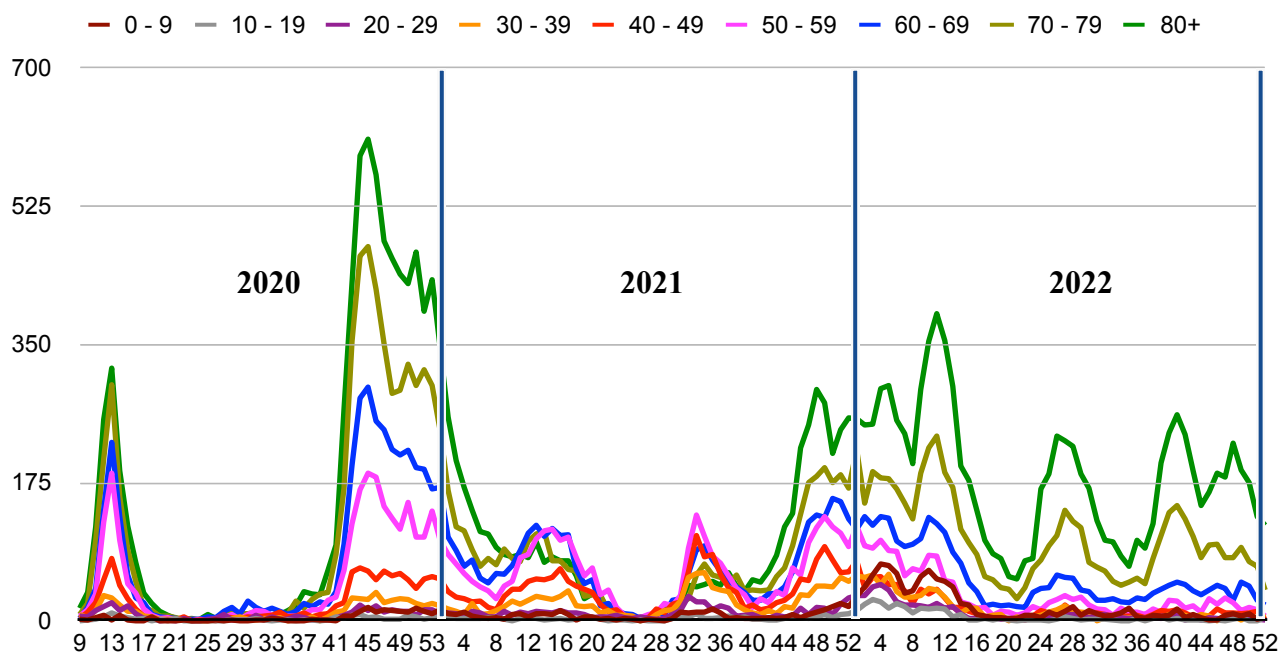
Part des groupes d'âge dans les décès Covid-19 des quatre « vagues » du graphique ci-dessus

groupe d'âge	1ère vague sem. 09-21/2020	%	2e vague sem. 37/20-24/21	%	3e vague sem. 28/21-16/22	%	4e vague sem. 24-52/22	%
0 - 9	0	0,0%	1	0,0%	3	0,1%	1	0,2%
10 - 19	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	1	0,2%
20 - 29	0	0,0%	3	0,0%	2	0,1%	1	0,2%
30 - 39	5	0,3%	5	0,1%	13	0,5%	1	0,2%
40 - 49	5	0,3%	32	0,4%	29	1,0%	8	1,4%
50 - 59	42	2,4%	158	1,8%	121	4,3%	11	1,9%
60 - 69	126	7,3%	553	6,4%	271	9,5%	41	7,0%
70 - 79	353	20,5%	1 724	20,1%	562	19,8%	131	22,4%
80+	1 189	69,1%	6 114	71,2%	1 841	64,8%	391	66,7%
	1 720		8 591		2 843		586	

Tableau 7-1; (source OFSP 4)

Les décès attribués au Covid-19 se déplacent vers des groupes d'âge plus jeunes à partir du lancement de la campagne de vaccination depuis mi-2021. Swissmedic ne surveille pas sérieusement les risques de sécurité des vaccins. Le système de déclaration prend beaucoup de temps et comporte des failles. Aucune preuve de causalité n'est apportée pour le Covid-19 en tant que cause de décès.

7.2. Hospitalisations avec Covid-19 par groupes d'âge en Suisse



Graphique 7-4; (source OFSP 6)

Proportion des groupes d'âge dans les décès Covid-19 des 4 « vagues » du graphique ci-dessus

groupe d'âge	1ère vague sem. 09-21/2020	%	2e vague sem. 37/20-24/21	%	3e vague sem. 28/21-16/22	%	4e vague sem. 24-52/22	%
0 - 9	28	0,7%	293	1,2%	926	4,1%	225	2,3%
10 - 19	38	0,9%	122	0,5%	328	1,4%	48	0,5%
20 - 29	113	2,8%	367	1,5%	678	3,0%	128	1,3%
30 - 39	147	3,6%	767	3,0%	1 337	5,9%	192	1,9%
40 - 49	268	6,6%	1 538	6,1%	1 747	7,7%	265	2,7%
50 - 59	580	14,3%	3 284	13,0%	2 736	12,0%	534	5,4%
60 - 69	690	17,0%	4 475	17,8%	3 373	14,8%	1 089	11,0%
70 - 79	979	24,2%	6 167	24,5%	4 679	20,6%	2 541	25,7%
80+	1 209	29,8%	8 169	32,4%	6 932	30,5%	4 859	49,2%
	4 052		25 182		22 736		9 881	

Tableau 7-2; (source OFSP 6)

Les hospitalisations attribuées au Covid-19 se déplacent sensiblement vers des groupes d'âge plus jeunes (0-49 ans) à partir du lancement de la campagne de vaccination depuis mi-2021. Les tests obligatoires dans les hôpitaux assurent un « nombre de cas » élevé. Les postes de facturation spéciaux falsifient les données réelles des hôpitaux.

Proportion de « cas » hospitalisés

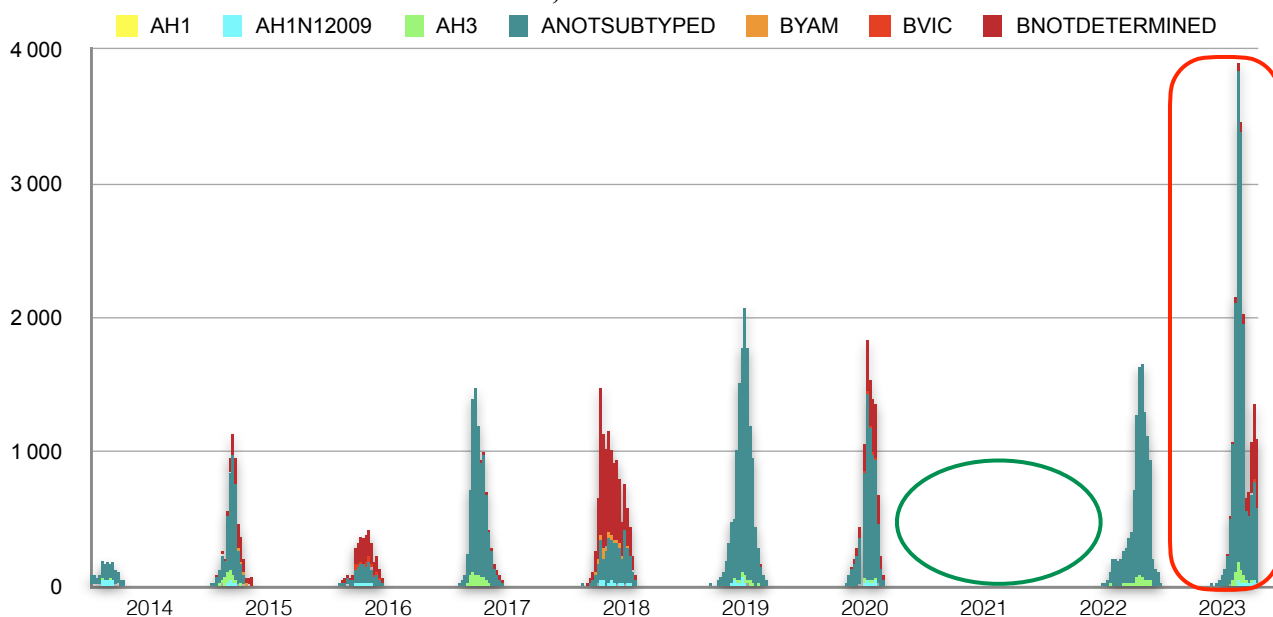
groupe d'âge	0 - 9	10 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80
hospitalisations	1 527	560	1 362	2 515	3 927	7 325	9 982	14 899	22 050
« cas »	277 363	525 247	682 103	800 686	710 125	639 631	366 536	220 341	163 851
% hospitalisations	0,55%	0,11%	0,20%	0,31%	0,55%	1,15%	2,72%	6,76%	13,46%

Tableau 7-3; (source OFSP 6)

Les patients testés positifs et traités à l'hôpital se trouvent en nombre considérable dans les groupes d'âge 70+, sans compter ceux qui ont été traités avec un test positif mais sans rapport avec le Covid-19. Les résultats sont donc totalement faussés.

7.3. L'absence de la grippe

Influenza 2014-2023 en Suisse, notifiée au réseau de surveillance de l'OMS



Graphique 7-5 (représentation personnelle, source : OMS: Flu-Net)

Influenza : déclaration annuelle des cas et incidence jusqu'à la semaine 07/2023¹²

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Cas déclarés	1 580	5 868	5 310	9 098	13 986	13 768	11 344	467	23 195	7 101
Incidence pour 100 000	19,09	68,84	62,79	106,76	162,95	159,26	127,79	5,32	264,24	600,95
Rang	9	7	8	6	3	4	5	10	2	1

Tableau 7-4; (source OFSP 6)

* année en cours avec incidence annualisée jusqu'à la semaine 8/2023

- La déclaration des cas de grippe à l'OMS a pris fin à la semaine 13/2020 - non seulement en Suisse, mais dans le monde entier, simultanément, indépendamment de la saison, au moment précis où seuls les « cas » Covid-19 ont été déclarés (ellipse verte). Depuis le début 2022, une reprise de la surveillance saisonnière et de la déclaration des cas de grippe à l'OMS se dessine. Depuis la semaine 49/2022, le nombre de cas déclarés par la Suisse à l'OMS connaît une escalade pour atteindre une valeur maximale de 3 902, plus du double de la valeur maximale précédente de 1 823 en 2019. Au cours des sept semaines de 2023, l'incidence a été multipliée par 2,3 par rapport au pic de 2022 (ellipse rouge).
- La thèse consistant à considérer l'absence de grippe comme un succès des mesures prises se doit d'être réfutée. Par rapport à 2020 et 2021, les modifications des concepts d'hygiène de base en 2022, n'expliquent pas un tel passage de zéro à plus de 1 000 cas de grippe hebdomadaires.

¹² OFSP : Chiffres Maladies infectieuses ; URL : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.exturl.html>

- Si l'on considère l'apparition précoce de la grippe dès la mi-novembre 2022 - les années précédentes, les virus grippaux n'apparaissent qu'à partir de fin décembre - ainsi que l'escalade de l'incidence au cours de l'hiver 2022/23, on peut supposer un affaiblissement général du système immunitaire. Les raisons possibles, telles que des mesures de protection exagérées, les infections Covid-19, mais aussi et surtout la vaccination de masse, devraient être examinées. Une inefficacité ou un échec massif de la vaccination contre la grippe, qui fait l'objet d'une publicité intensive, se dessine. De plus, les injections d'ARNm, administrées jusqu'à quatre fois, n'entraînent en aucun cas un renforcement général de l'immunité. Au contraire, la « vaccination » Covid-19, éventuellement combinée au vaccin contre la grippe, semble entraîner un affaiblissement général du système immunitaire pourrait éventuellement justifier le nombre très élevé de cas de grippe durant l'hiver 2022/23.
- Les règles d'hygiène du Covid n'ont manifestement pas réussi à le faire disparaître. Or, si elles n'ont pas été efficaces (à 100 %) sur le Covid-19, pourquoi l'auraient-elles été (à 100 %) sur la grippe ? Les deux maladies sont en effet des « virus respiratoires ». De même, selon la « Statistique médicale des hôpitaux » de l'OFS, les virus RS étaient déjà de retour en 2021, avec un record de durée. En 2021, les cas de VRS étaient 35 % plus élevés que la moyenne quinquennale 2015-2019 (2'850 cas par an), ce qui étaye la thèse d'un système immunitaire affaibli.

Statistique médicale des hôpitaux - Extrait¹³

Code	Diagnostic	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
J121	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	244	279	389	461	567	388	400
J205	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	437	505	454	530	562	303	752
J210	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]	1 759	1 969	1 788	1 958	2 349	1 256	2 710

Tableau 7-5; (source OFS 10)

¹³ OFSP : Chiffres Maladies infectieuses ; URL : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.exturl.html>

Hospitalisations pour infections respiratoires 2015-2021

		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Septicémie (ICD10-017)	2015	70	53	105	142	368	816	1 649	2 478	3 088
	2016	68	41	88	140	363	638	1 474	2 232	2 993
	2017	71	56	68	159	303	714	1 506	2 367	3 319
	2018	79	61	83	186	411	800	1 253	2 584	3 491
	2019	63	64	159	272	397	1 098	2 086	3 652	4 105
	2020	76	66	113	207	403	1 050	2 018	3 423	4 320
	2021	55	42	107	222	436	1 109	1 974	3 247	3 958
Infections aiguës des voies respiratoires supérieures (ICD10-167)	2015	1 527	151	170	191	134	228	200	305	383
	2016	1 717	144	166	190	180	177	210	314	342
	2017	1 653	134	169	163	171	181	239	337	456
	2018	1 650	137	180	196	159	238	218	304	441
	2019	1 621	166	164	178	150	234	249	307	347
	2020	1 145	107	137	188	144	209	212	257	384
	2021	1 561	137	111	113	112	129	127	162	211
Grippe (ICD10-168)	2015	309	65	56	103	160	245	387	578	1 040
	2016	410	75	123	129	139	168	324	500	564
	2017	241	47	61	93	149	297	577	1 150	2 187
	2018	549	74	108	213	308	586	656	1 503	2 397
	2019	506	68	126	162	239	486	792	1 290	1 614
	2020	527	88	127	172	182	305	423	622	760
	2021	19	7	10	14	9	4	15	18	18
Pneumonie (ICD10-169)	2015	1 403	272	390	615	990	1 653	3 044	5 106	8 795
	2016	1 514	292	397	623	981	1 353	2 959	4 822	8 157
	2017	1 176	253	286	540	845	1 673	2 939	5 135	8 779
	2018	1 486	254	396	618	1 007	1 702	2 379	5 504	8 980
	2019	1 538	273	377	665	864	1 598	3 000	5 464	7 529
	2020	911	197	399	942	2 032	4 656	6 652	9 535	12 655
	2021	1 402	151	553	1 777	3 277	5 841	7 347	8 662	10 414
Bronchite aiguë (ICD10-170)	2015	6 058	40	24	43	76	131	196	342	659
	2016	6 891	52	48	63	72	90	194	331	654
	2017	5 739	49	51	53	80	144	213	363	792
	2018	6 286	45	52	54	80	139	192	389	713
	2019	6 568	32	27	71	80	145	212	391	520
	2020	4 180	32	37	35	63	87	121	211	407
	2021	7 122	28	26	26	44	67	99	138	229
Total ICD 017, 167, 168, 169, 170	2015	9 367	581	745	1 094	1 728	3 073	5 476	8 809	13 965
	2016	10 600	604	822	1 145	1 735	2 426	5 161	8 199	12 710
	2017	8 880	539	635	1 008	1 548	3 009	5 474	9 352	15 533
	2018	10 050	571	819	1 267	1 965	3 465	4 698	10 284	16 022
	2019	10 296	603	853	1 348	1 730	3 561	6 339	11 104	14 115
	2020	6 839	490	813	1 544	2 824	6 307	9 426	14 048	18 526
	2021	10 159	365	807	2 152	3 878	7 150	9 562	12 227	14 830
Covid-19 (total 2020)		181	107	320	496	1 031	2 367	3 530	5 335	7 203
Covid-19 (total 2021)		357	164	528	1 216	2 017	3 229	3 540	3 955	5 048

Tableau 7-6; (sources OFS 10)

Le tableau ci-dessus compare les hospitalisations pour infections respiratoires des années 2015 à 2021 avec les hospitalisations Covid-19 par groupes d'âge (tout en bas sur fond rose). Il montre d'une part que les hospitalisations avec test positif dans les groupes d'âge jusqu'à 69 ans ne sont en aucun cas responsables d'une surcharge des hôpitaux. Il faut s'attendre à de nombreuses doubles saisies avec deux codes de facturation CIM qui se chevauchent, comme le montre par ex. l'augmentation des pneumonies en 2020, une complication fréquente du Covid-19.

Conversion des hospitalisations pour infections respiratoires pour 100 000 habitants

		0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+
Nombre d'hosp. - chiffres absolus	2015	9 367	581	745	1 094	1 728	3 073	5 476	8 809	13 965
	2016	10 600	604	822	1 145	1 735	2 426	5 161	8 199	12 710
	2017	8 880	539	635	1 008	1 548	3 009	5 474	9 352	15 533
	2018	10 050	571	819	1 267	1 965	3 465	4 698	10 284	16 022
	2019	10 296	603	853	1 348	1 730	3 561	6 339	11 104	14 115
	2020	6 839	490	813	1 544	2 824	6 307	9 426	14 048	18 526
Covid-19	2020	181	107	320	496	1 031	2 367	3 530	5 335	7 203
Hosp. abs.	2021	10 159	365	807	2 152	3 878	7 150	9 562	12 227	14 830
Covid-19	2021	357	164	528	1 216	2 017	3 229	3 540	3 955	5 048
Habitants par groupes d'âge	2015	829 671	839 957	1 053 196	1 158 831	1 252 136	1 202 065	898 307	635 450	412 784
	2016	843 430	840 055	1 060 376	1 177 467	1 236 661	1 231 452	906 824	655 366	421 710
	2017	855 399	840 581	1 062 821	1 193 031	1 222 338	1 254 918	915 971	676 338	430 444
	2018	864 206	840 771	1 057 130	1 207 409	1 210 100	1 273 431	926 195	696 095	438 994
	2019	870 614	842 715	1 049 042	1 222 186	1 201 379	1 287 358	939 742	713 586	448 661
	2020	874 923	846 827	1 041 742	1 236 203	1 199 901	1 295 973	957 626	728 993	455 980
	2021	880 354	854 246	1 032 933	1 249 094	1 203 508	1 299 561	979 255	740 458	465 138
Hosp. pour 100'000	2015	1 129,0	69,2	70,7	94,4	138,0	255,6	609,6	1 386,3	3 383,1
	2016	1 256,8	71,9	77,5	97,2	140,3	197,0	569,1	1 251,1	3 013,9
	2017	1 038,1	64,1	59,7	84,5	126,6	239,8	597,6	1 382,7	3 608,6
	2018	1 162,9	67,9	77,5	104,9	162,4	272,1	507,2	1 477,4	3 649,7
	2019	1 182,6	71,6	81,3	110,3	144,0	276,6	674,5	1 556,1	3 146,0
	2020	781,7	57,9	78,0	124,9	235,4	486,7	984,3	1 927,0	4 062,9
Covid-19/ 100'000	2020	20,7	12,6	30,7	40,1	85,9	182,6	368,6	731,8	1 579,7
Hosp. /100'000	2021	1 154,0	42,7	78,1	172,3	322,2	550,2	976,5	1 651,3	3 188,3
Covid-19/ 100'000	2021	40,6	19,2	51,1	97,4	167,6	248,5	361,5	534,1	1 085,3

Tableau 7-7 (Auswertung zu Tableau 7-6)

Pour pouvoir comparer les chiffres indépendamment de l'évolution de la population, les chiffres absolus du tiers inférieur ont été convertis pour 100 000 habitants. Les hospitalisations pour infections respiratoires et celles avec test positif dominant dans les groupes d'âge les plus élevés. En 2020, les hospitalisations pour infections respiratoires s'effondrent nettement chez les 0-19 ans, alors qu'elles augmentent dans les autres groupes d'âge. Le Covid-19 doit être sensiblement surestimé, car si l'on suppose qu'il est inclus dans les autres codes de diagnostic des symptômes respiratoires*, il resterait, après déduction, un taux d'infections respiratoires bien inférieur aux années précédentes : Dans les groupes d'âge 80+, il resterait 2 483,2 hospitalisations pour 100 000 sans Covid-19, contre une moyenne de 3 360,3 les années précédentes, soit une baisse irréaliste de 26 % des infections respiratoires (cas reclassés ?). En 2021, les infections respiratoires des 30 à 59 atteignent de nouveaux sommets (surligné en orange), avec des hospitalisations avec test Covid-19 positif également en hausse. Il s'agit là d'un autre signal fort de corrélation avec la vaccination, dont la prétendue « protection » conduit apparemment à un plus grand nombre d'« infections » et, en outre, à un affaiblissement général du système immunitaire contre les infections respiratoires. Les groupes d'âge plus jeunes ont été vaccinés sans que le risque soit avéré. La même année, les hospitalisations pour cause d'infection ont nettement augmenté. On peut donc supposer un effet négatif de la vaccination. Même les groupes d'âge supérieurs, les plus vaccinés, continuent de présenter un taux d'hospitalisation particulièrement élevé avec un test positif.

* Le Covid-19 n'est pas un symptôme à part, juste un test positif à classer dans les catégories respiratoires habituelles : pneumonie, septicémie, etc.

Total du nombre d'hospitalisations par année civile et par groupe d'âge pour 1 000

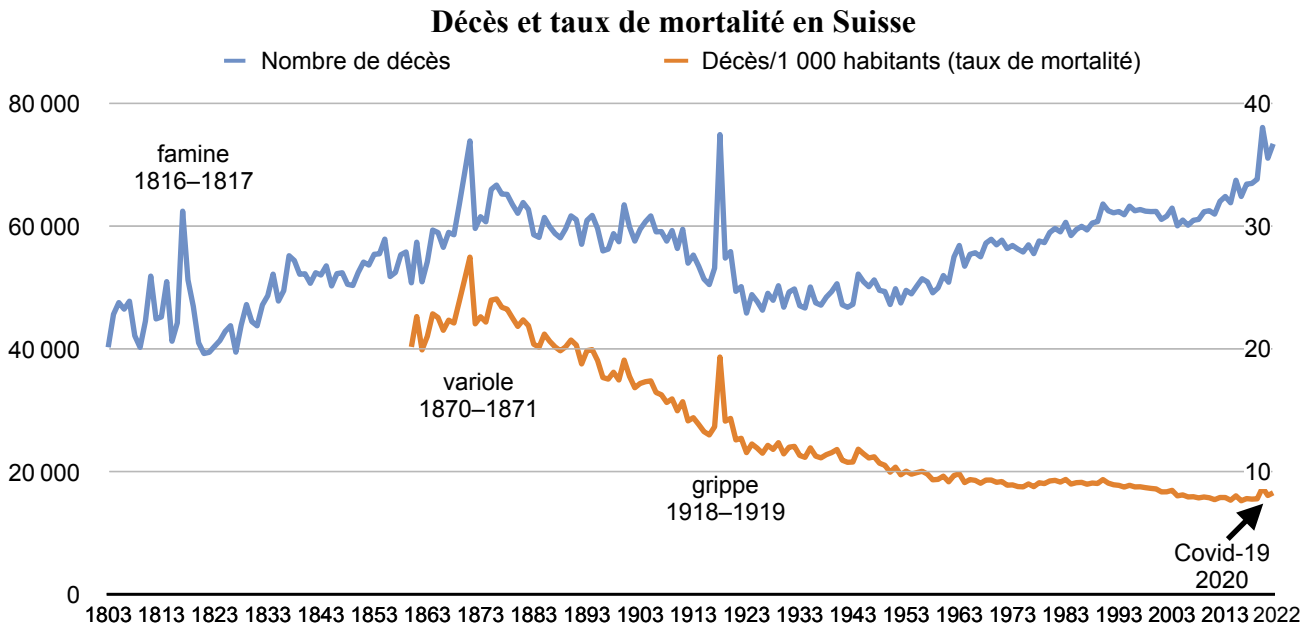
	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	
total hospitalisations	2015	138 032	48 506	107 553	149 612	135 164	176 840	200 616	226 016	222 736
	2016	142 004	49 392	109 733	152 904	134 590	143 111	205 616	233 451	230 137
	2017	140 135	49 683	107 852	152 739	130 327	182 487	204 315	239 837	234 106
	2018	141 027	49 376	104 527	151 026	125 090	179 798	158 862	246 902	242 270
	2019	139 794	48 240	101 630	150 523	120 333	179 681	202 605	252 927	202 569
	2020	128 616	45 390	94 022	144 419	112 141	171 214	195 240	242 883	237 573
	2021	138 987	48 981	98 782	154 285	117 886	178 535	205 357	251 689	245 686
pour 1 '000	2015	166,4	57,7	102,1	129,1	107,9	147,1	223,3	355,7	539,6
	2016	168,4	58,8	103,5	129,9	108,8	116,2	226,7	356,2	545,7
	2017	163,8	59,1	101,5	128,0	106,6	145,4	223,1	354,6	543,9
	2018	163,2	58,7	98,9	125,1	103,4	141,2	171,5	354,7	551,9
	2019	160,6	57,2	96,9	123,2	100,2	139,6	215,6	354,4	451,5
	2020	147,0	53,6	90,3	116,8	93,5	132,1	203,9	333,2	521,0
	2021	157,9	57,3	95,6	123,5	98,0	137,4	209,7	339,9	528,2

Tableau 7-8; (source OFS 10)

Pour ce qui est d'une éventuelle surcharge des hôpitaux, le nombre total d'hospitalisations nous renseigne :

- Des taux et quotas d'occupation élevés, dus aux intérêts économiques des exploitants hospitaliers, sont décelables à un niveau assez constant entre 2015 et 2019.
- Aucun groupe d'âge ne présente un nombre total d'hospitalisation pour 1 000 le plus élevé en 2020 et 2021, comme l'on s'y attendrait en situation de pandémie ou de surcharge des hôpitaux.
- En 2020, les 0 à 79 ans ont le taux d'occupation le plus bas depuis 2015 (excepté 50-59 et 60-69 ans au 2e rang le plus bas), ce qui indique que des traitements ont été suspendus et devrait être examiné au regard de la non-assistance à personne en danger dans de nombreux cas, ainsi que des décès évitables ultérieurs.

8. Analyse de l'évolution de la mortalité



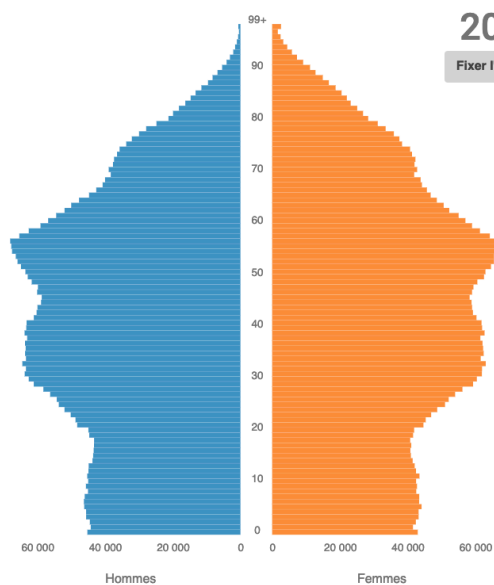
Sans définition claire, le terme de surmortalité est utilisé dans des contextes très différents. En fin de compte, il s'agit des dépassements d'une plage d'attente, qui se traduisent par ex. par des fluctuations extraordinaires des courbes de mortalité. Elles se distinguent des ondulations de la courbe bleue des décès. C'est encore plus visible sur la courbe orange des taux de mortalité ajustés à la population, qui montre, depuis l'introduction du recensement fédéral annuel en 1850, la proportion de décès par rapport à la population effective de l'année en question. Après la famine de 1816-1817, pour laquelle on ne dispose pas de chiffres de population sûrs, les catastrophes historiques ultérieures se dessinent sur la courbe orange, la variole en 1870-1871 et la grippe en 1918-1919. En comparaison, le pic de 2020, rapporté au Covid-19, ne montre qu'un faible écart par rapport aux taux de mortalité des années précédentes. Pour les grandes catastrophes, on se focalise en général sur une cause présumée déterminante. D'autres facteurs liés comme la famine, les effets secondaires des vaccins ou la mobilisation sont complètement occultés. La première « année de pandémie », 2020, présente des taux de mortalité tout à fait similaires à ceux des années 2010-2013 et 2015. Si l'on met en relation le « tsunami » de mesures avec la mortalité de cette année-là, celle-ci était à été gérable en 2010-2013, en 2015 sans aucune atteinte aux libertés des personnes. Les dommages causés par les mesures elles-mêmes, qui ont eu des répercussions notables en 2020, notamment sur le développement des enfants et la prise en charge des personnes âgées, mais aussi sur l'ensemble des décès en raison d'une grande négligence des soins médicaux, n'ont jusqu'à présent pas suscité d'attention particulière.

Le graphique 8-1 montre que, compte tenu des variations considérables du nombre d'habitants et de l'évolution de la structure d'âge, seuls les taux de mortalité peuvent donner une image réaliste de l'évolution des risques de décès. C'est ce que nous allons examiner pour quatre groupes d'âge sur le long terme au cours des 52 dernières années et en ce qui concerne l'évolution des 13 dernières années. La part des décès attribués au Covid-19 sera aussi examinée de plus près.

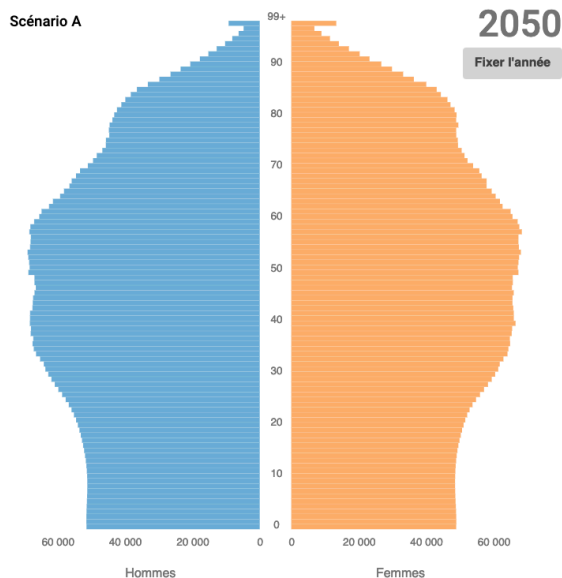
8.1. Contexte démographique des décès

Évolution de la pyramide des âges de la population en Suisse 1970 – 2050¹⁴

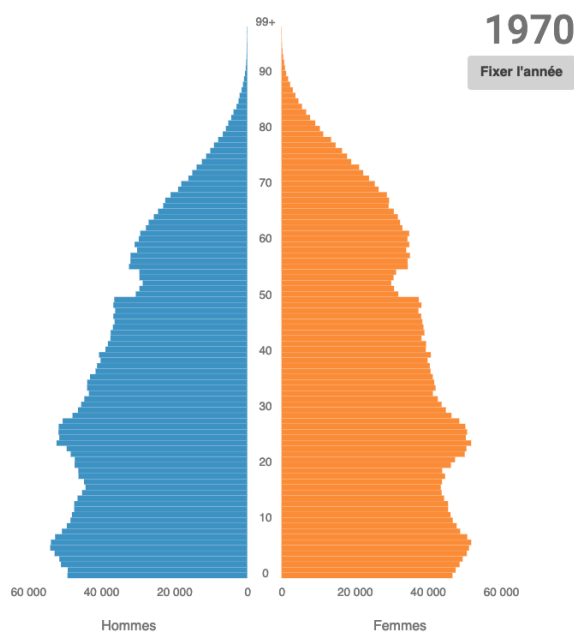
Pyramide des âges de la Suisse, de 1860 à 2050



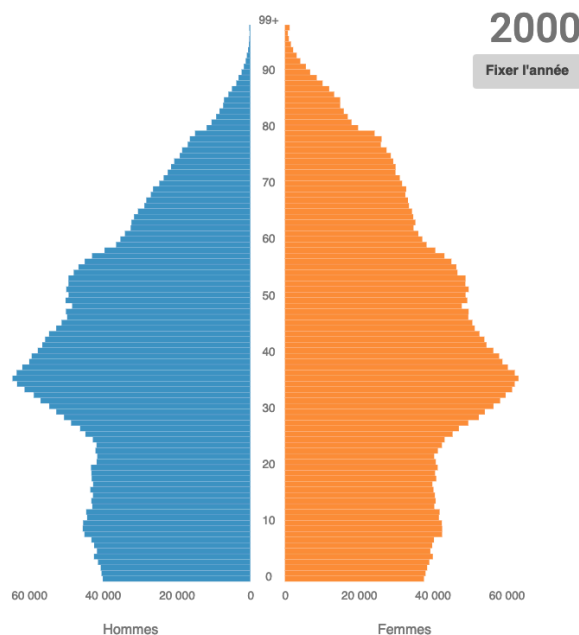
Pyramide des âges de la Suisse, de 1860 à 2050



Pyramide des âges de la Suisse, de 1860 à 2050



Pyramide des âges de la Suisse, de 1860 à 2050



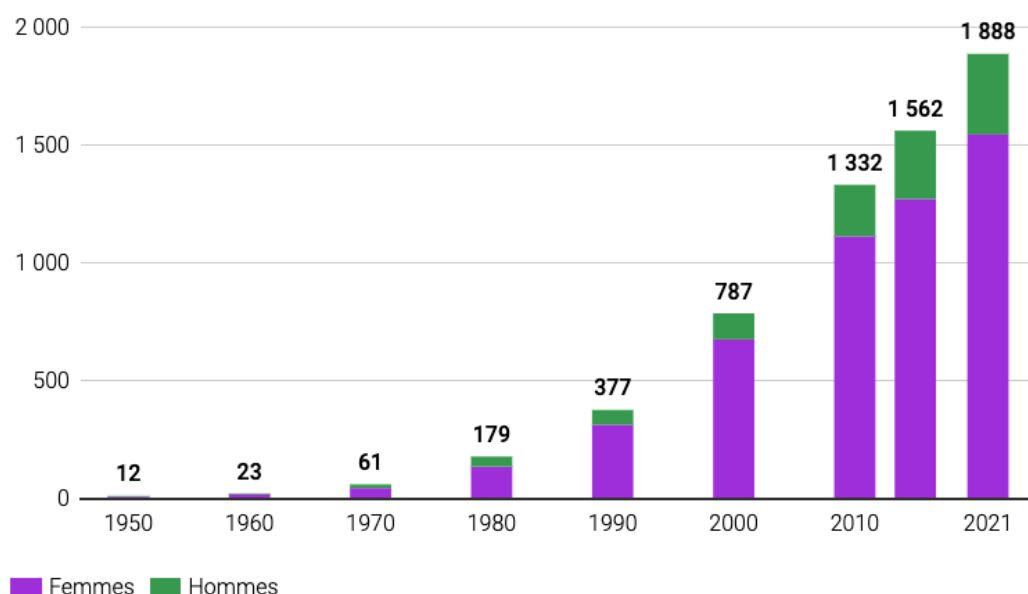
Graphiques 8-2 à 8-5, modélisation de l'OFS pour 2050 (scénario de référence A)

Les scénarios de l'OFS sur l'évolution attendue de la population montrent que l'on entre actuellement dans la phase où les « années du baby-boom » se glissent progressivement dans les groupes d'âge aux taux de mortalité élevés. Ainsi, de nouvelles augmentations significatives des décès sont à prévoir dans les années à venir. D'importants mouvements migratoires doivent avoir été prévus pour 2050. Sur la base de ces calculs, on peut prévoir l'évolution démographique. Il est d'autant plus incompréhensible que l'OFS ait ignoré cela au cours des trois dernières années et ait établi des prévisions de mortalité basées sur des hypothèses arbitraires.

¹⁴ OFS: STAT-TAB - <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.html>

Nombre de centenaires en Suisse¹⁵

Nombre de centenaires selon le sexe



Sources: OFS – RFP, STATPOP

© OFS 2022

Graphique 8-6

Commentaire de l'OFS sur le graphique précédent : « De 1950 à 2010, le nombre de centenaires a quasiment doublé tous les 10 ans en Suisse. Entre 2012 et 2018, cette évolution s'est stabilisée. A partir de 2018, on observe à nouveau une augmentation et on gagne chaque année en moyenne près de 100 centenaires, parmi lesquels se trouvent plus de 80% de femmes.

A la fin de l'année 2021, le nombre de centenaires s'élève à 1888 personnes, soit une progression de 9,4% par rapport à l'année précédente. »

Cette évolution est d'un grand intérêt au vu de la mortalité élevée et inattendue des personnes âgées durant les années de pandémie, mais ne montre jusqu'à présent aucun renversement de tendance des chiffres croissants, ni dans cette évaluation de l'OFS, ni dans les données annuelles STATPOP.

¹⁵ OFS : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/vieillesse/centenaires.html>

8.2. Approche méthodologique de l'analyse de la mortalité

L'évolution du nombre absolu de décès du graphique 8-1 montre que la comparaison des chiffres absolus n'a pas de sens, car ils sont soumis à des **tendances** très différentes. Une première approche efficace consiste à mettre en évidence les tendances sur des périodes limitées et à examiner les changements. Le problème majeur réside dans le fait que ces tendances sont soumises à des fluctuations et des changements considérables et qu'il n'est pas possible de mettre en évidence des évolutions à long terme.

En revanche, la courbe orange des **taux de mortalité bruts** montre des tendances bien plus constantes et à long terme, si bien qu'un écart à long terme peut révéler des signaux très clairs de changements problématiques dans la mortalité. Cette deuxième approche est nettement supérieure à l'analyse des tendances des chiffres absolus.

La troisième approche, qui **différencie les groupes d'âge**, fournit des informations détaillées sur les groupes d'âge qui présentent des changements dans la mortalité. Les **taux de mortalité par âge** peuvent être mis en relation avec les **classements** des années précédentes.

La **standardisation selon l'âge** proposée par l'OMS en 2001 dans le document sur l'analyse des taux de mortalité permet de regrouper de manière pondérée les taux de mortalité individuels selon l'âge en **taux de mortalité**. Ceux-ci fournissent, à l'instar des taux de mortalité bruts, une vue d'ensemble qui tient compte non seulement de la croissance de la population mais aussi des changements démographiques dans la composition des groupes d'âge par standardisation selon l'âge.

8.3. Standardisation selon l'âge - Taux de mortalité

L'OMS explique dans le document de discussion de référence n° 31¹⁶ de 2001 : « *La standardisation directe permet d'obtenir un taux de mortalité standardisé ou ajusté à l'âge, qui est une moyenne pondérée des taux spécifiques à l'âge, pour chacune des populations à comparer. Les pondérations appliquées représentent la distribution relative des âges de la population externe arbitraire (la référence). On obtient ainsi, pour chaque population, un taux résumé unique qui reflète le nombre d'événements auxquels on aurait pu s'attendre si les populations comparées avaient eu une répartition par âge identique. Sur le plan symbolique, les taux de mortalité directement standardisés des populations A et B sont donnés par les équations suivantes :*

$$DSR_a = \sum r_{ia} \frac{n_{is}}{\sum_i n_{is}}$$

DSR = directly standardized mortality rate (taux de mortalité directement standardisé)

r_{ia} = death rate in age group i in population A (taux de mortalité du groupe d'âge i dans la population A)

n_{is} = is the mid-year population in the ith age group of the standard population (est la population en milieu d'année dans le -ième groupe d'âge de la population standard) »

En résumé, les taux de mortalité en pourcentage sont d'ordinaire calculés par groupes d'âge de 5 ans et multipliés par le nombre d'habitants de chaque groupe d'âge de la population standard. Au total, on obtient le taux de mortalité (standardisé selon l'âge), qui est converti en 100 000 habitants

¹⁶ WHO – Ahmad et al: Age standardization of rates: A NEW WHO STANDARD, URL : https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/gpe_discussion_paper_series_paper31_2001_age_standardization_rates.pdf

pour la comparaison. L'OFS utilise la population standard proposée par l'OMS en 2001 pour l'Europe et la Scandinavie, qui date de 1976 et qui est très dépassée.

Comparaison des populations standard

	OMS 1976 base de la standardisation OFS	Proposed EU-27 + EFTA standard pop.	Suisse 2020	Suisse 2020 pour 100'000
Groupes d'âge	Scandinavian (« European ») standard	Eurostat – European Commission	Population en milieu d'année	
(0 ans)		1 000	84 437	977
0-4 (1-4 ans)	8 000	4 000	352 970	4 086
5-9	7 000	5 500	437 517	5 065
10-14	7 000	5 500	425 672	4 928
15-19	7 000	5 500	421 155	4 876
20-24	7 000	6 000	478 842	5 543
25-29	7 000	6 000	562 900	6 516
30-34	7 000	6 500	616 270	7 134
35-39	7 000	7 000	619 933	7 177
40-44	7 000	7 000	593 887	6 875
45-49	7 000	7 000	606 014	7 016
50-54	7 000	7 000	658 713	7 626
55-59	6 000	6 500	637 260	7 377
60-64	5 000	6 000	524 863	6 076
65-69	4 000	5 500	432 763	5 010
70-74	3 000	5 000	401 153	4 644
75-79	2 000	4 000	327 840	3 795
80-84	1 000	2 500	225 800	2 614
85+ (85-89)	1 000	1 500	146 726	1 699
90+		1 000	83 454	966
Total	100 000	100 000	8 638 167	100 000
Part 65+	11,0%	19,5%	18,7%	18,7%
Part 80+	2,0%	5,0%	5,3%	5,3%

Tableau 8-1

Calcul des taux de mortalité pour 3 populations standard comparées

	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90	
†20	359	30	38	87	165	169	204	327	399	736	1 311	2 056	2 907	3 897	6 185	8 638	11 386	5 707	22K	
P20	437K	438K	426K	421K	479K	563K	616K	620K	594K	606K	659K	637K	525K	433K	401K	328K	226K	147K	83K	
C(%)	0,08%	0,01%	0,01%	0,02%	0,03%	0,03%	0,03%	0,05%	0,07%	0,12%	0,20%	0,32%	0,55%	0,90%	1,54%	2,63%	5,04%	10,7%	25,9%	
OMS	8 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	7 000	6 000	5 000	4 000	3 000	2 000	1 000	1 000		
EU	4 000	5 500	5 500	5 500	6 000	6 000	6 500	7 000	7 000	7 000	7 000	6 500	6 000	5 500	5 000	4 000	2 500	1 500	1 000	
CH	4 086	5 065	4 928	4 876	5 543	6 516	7 134	7 177	6 875	7 016	7 626	7 377	6 076	5 010	4 644	3 795	2 614	1 699	966	
OMS	441,3	Taux de mortalité selon OMS 1976 pour 100'000																		
EU	882,6	Taux de mortalité selon UE+AELE 2013 pour 100'000																		
CH	890,0	Taux de mortalité selon CH 2020 milieu d'année pour 100'000																		

Tableau 8-2

(Légende: † 20: décès 2020, P20: population 2020, C (%) : part Covid-19, populations standard)

La comparaison des taux de mortalité de 3 populations standard différentes montre que la population obsolète de 1976 que l'OFS utilise sous-pondère la mortalité des groupes d'âge élevés avec seulement 11 % de plus de 65 ans et 2 % de plus de 80 ans. Il reste à voir quels seront les décalages dans les statistiques des causes de décès en 2021 et 2022 par rapport à la pondération que j'ai choisie sur la répartition de la population au milieu de l'année 2022 en Suisse (cf. tableaux 9-18, 9-20 et 10-1). Les données actuelles au 30.06.2022 ont été publiées par l'OFS. La raison pour

laquelle l'OFS n'utilise pas la population standard bien plus actuelle « Eurostat Taskforce » de 2013, n'est pas claire. L'institut Statistik Austria, par ex. l'utilise.

9. Mortalité, causes de décès - Le traitement statistique de l'OFS

9.1. Décès et taux de mortalité standardisé, état des données : 14.02.2023¹⁷

Le rapport historique de l'OFS sur les phases des statistiques de mortalité commence par un tableau sur la mortalité des années 2014 à 2020 (sans 2021 et 2022)

Année	Nombre de décès				Taux de mortalité standardisé ¹			
	hommes	femmes	Rang* hommes	Rang femmes	hommes	femmes	Rang* hommes	Rang femmes
2020	37 624	38 571	1	1	543	365	2	2
2019	32 756	35 024	2	2	488	342	7	7
2018	32 398	34 690	5	4	498	347	6	6
2017	32 406	34 565	4	5	513	349	4	5
2016	31 283	33 681	6	6	508	352	5	4
2015	32 646	34 960	3	3	547	367	1	1
2014	30 950	32 988	7	7	534	356	3	3

¹ Taux de mortalité standardisé selon l'âge pour 100 000 habitants

* Le classement a été complété : 1 = pire, 7 = meilleur rang

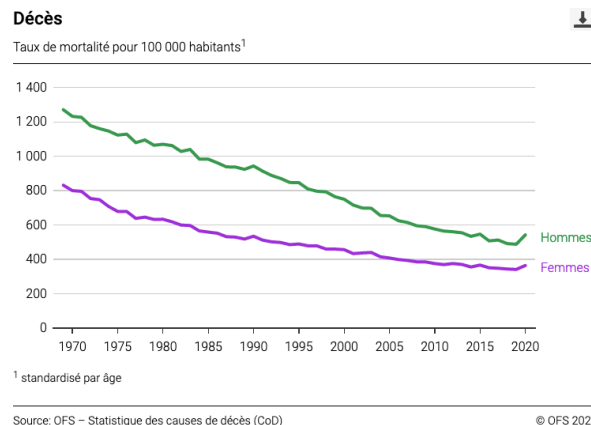
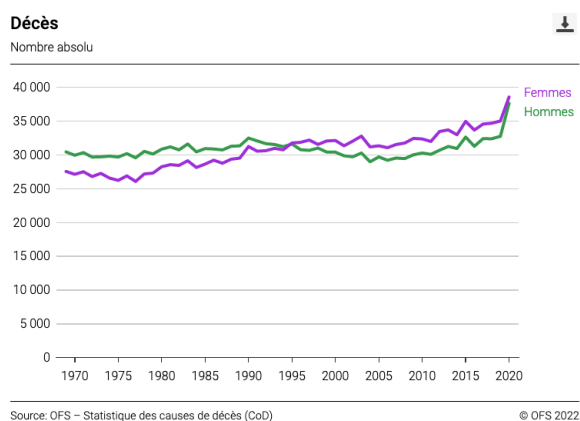
Tableau 9-1 (représentation personnelle)

L'OFS commente ainsi : « Le taux de mortalité standardisé a quant à lui diminué de moitié de 1970 à 2019. En 2020, il a de nouveau enregistré une hausse en raison de la pandémie de COVID-19. La dernière fois que le taux de mortalité standardisé avait atteint des valeurs exceptionnelles était en 2015, en raison de la grippe saisonnière et de la vague de chaleur de juillet. »

Ce faisant, il ne commente pas le fait que le nombre élevé de décès d'hommes et de femmes en 2020, standardisé selon l'âge, n'arrive qu'en 2e position dans la comparaison annuelle - un premier indice que, malgré la 2e vague, le critère essentiel d'une mortalité exceptionnelle et sans précédent n'est pas rempli ! L'absence de classement et d'explication dans le rapport sur le fait que, dans le cas d'une population fortement vieillissante, ce n'est pas le nombre absolu de décès mais le rang du taux de mortalité standardisé selon l'âge qui est déterminant pour l'évaluation, ouvrent la porte à la constante sur-dramatisation injustifiée des médias.

Dans le même ordre d'idées, on peut se demander pourquoi les deux courbes suivantes, toujours sous le titre « Décès », sont reléguées très bas sur la page (cf. graphique 9-1 et 9-2). La courbe standardisée selon l'âge mériterait plus d'explications. On peut aussi légitimement se demander pourquoi 2021, avec son aplatissement, est toujours absente de la présentation en 2023.

¹⁷ OFS : Mortalité, causes de décès; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html>



Graphique 9-1 und 9-2; (source OFS 12)

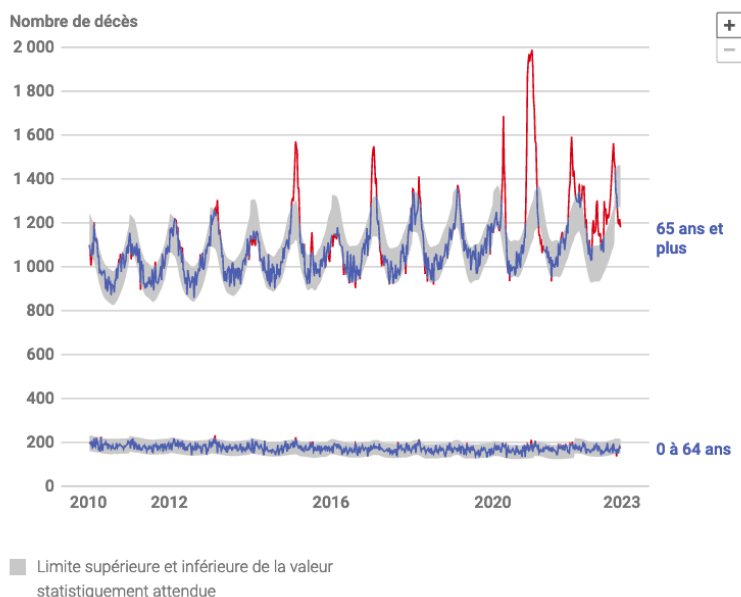
Explication de l'OFS : « Depuis 1970, on enregistre un recul continu des taux de mortalité standardisés, sauf pour les années 1990 et 2015. En 2020, ce taux a atteint le niveau de 2015 en raison de la pandémie de COVID-19, et ce aussi bien pour les femmes que pour les hommes. »

L'évolution descendante de la courbe standardisée selon l'âge est correctement décrite, mais la question de savoir ce qu'il faut entendre par standardisation selon l'âge et par taux de mortalité reste totalement ouverte. Il manque également l'information selon laquelle pour l'évaluation les taux de mortalité sont déterminants et non le nombre de décès absolus de la courbe de gauche. L'OFS n'explique la standardisation selon l'âge que dans le contexte des statistiques sur le cancer, en tant qu'« élimination » arithmétique de l'influence de l'âge sur les décès par conversion en une « population standard ». La seule indication que cette courbe a été standardisée selon l'âge ne suffit pas à mon avis comme explication méthodologique (cf. Définition de la standardisation selon l'âge, p. 3).

9.2. Surmortalité et prévisions de l'OFS pour les groupes d'âge 65+

Le cœur du rapport de l'OFS sur la mortalité et les causes de décès s'appuie sur la courbe suivante des décès hebdomadaires avec les phases dites de surmortalité mises en évidence en rouge. La représentation se base sur le propre calcul de l'OFS « Décès hebdomadaires, 2010-2023 » (OFS n° : ts-d-14.03.04.03-wr), qui compare les décès hebdomadaires du 4.1.2010 au 5.2.2023 aux valeurs attendues pronostiquées. La modélisation ne se base pas sur les taux de décès mais sur les tendances des décès des 5 dernières années dans les classes d'âge. Les proportions liées à la démographie ne sont prises en compte qu'indirectement, via la modification du nombre absolu de décès, et se confondent avec les évolutions saisonnières. Ce graphique se concentre clairement sur les groupes d'âge 65+. Les 0-64 ans disparaissent presque (graphique 9-3). Pour plus de clarté, le tableau 9-2 montre les sommes annuelles des valeurs attendues et des différences entre les valeurs attendues et le nombre de décès.

Décès par semaine de 2010 à 2023



Année	Attente 65+	Diff 65+	Attente 0-64	Diff 0-64
2010	51 719	288	9 623	40
2011	52 591	99	9 501	
2012	52 670	480	9 242	
2013	54 109	566	9 144	50
2014	55 526		9 047	35
2015	56 621	2 770	8 981	122
2016	57 298	205	8 785	
2017	57 073	1 468	8 648	74
2018	57 583	615	8 562	38
2019	57 741	297	8 530	39
2020	59 899	8 739	8 542	51
2021	58 678	3 570	8 380	215
2022	57 372	6 076	8 985	
2023	62 848		8 945	

Graphique 9-3, Tableau 9-2; (source OFS II)

Le fichier csv utilisé contient les données de base suivantes pour les 2 groupes d'âge (0-64 ans et 65+) représentées dans la courbe. L'OFS ne prévoit pas de différences négatives pour la sous-mortalité et ne les comptabilise pas en déduction des dépassements :

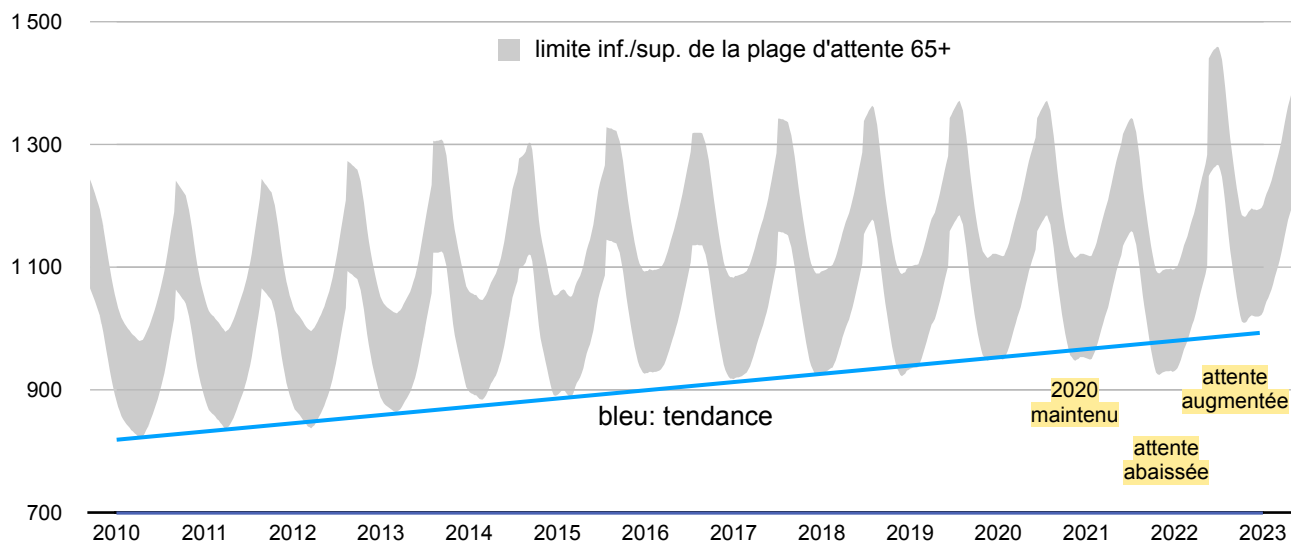
Année	semaine	se finit	âge	AnzTF_HR	attente	limite inf.	limite sup.	différence
2021	42	24.10.2021	65	1 146	1 107	1 021	1 192	.
2021	43	31.10.2021	65	1 190	1 115	1 029	1 201	.
2021	44	07.11.2021	65	1 152	1 124	1 037	1 210	.
2021	45	14.11.2021	65	1 272	1 136	1 049	1 223	136
2021	46	21.11.2021	65	1 353	1 148	1 061	1 235	205
2021	47	28.11.2021	65	1 385	1 161	1 073	1 248	224

Tableau 9-3; (source OFS II, exemple de données (extraits))

La valeur d'extrapolation (AnzTF_HR) projette le nombre attendu de cas par groupes d'âge sur la base de l'évolution des cinq dernières années. Pour 2021, les chiffres calculés pour 2020 ont été réutilisés en raison du nombre élevé de décès en 2020. Les limites inférieure et supérieure marquent la plage d'attente grise derrière la courbe, la valeur attendue représente la valeur moyenne de cette bande grise et « Diff » calcule la différence par rapport à la valeur attendue moyenne chaque fois que la limite supérieure est dépassée. Dans les rapports médiatiques, on assimilé cela à la « surmortalité » sans plus de précisions quant au concept : « *La surmortalité observée en 2022 n'a jusqu'ici pu être attribuée à aucune cause univoque.* »

L'OFS transforme donc ses propres prévisions en mesure de la surmortalité : la bande grise de prévision des plus de 65 ans suit une tendance linéaire ascendante jusqu'en 2020, avec un seul écart en 2016. La grippe de 2015 a sans doute provoqué ici une incertitude pour la prévision de l'année suivante. La tendance est logique compte tenu de l'augmentation de la population et reflète aussi l'augmentation des décès attendue sur le plan démographique, et indirectement à partir de l'augmentation des décès.

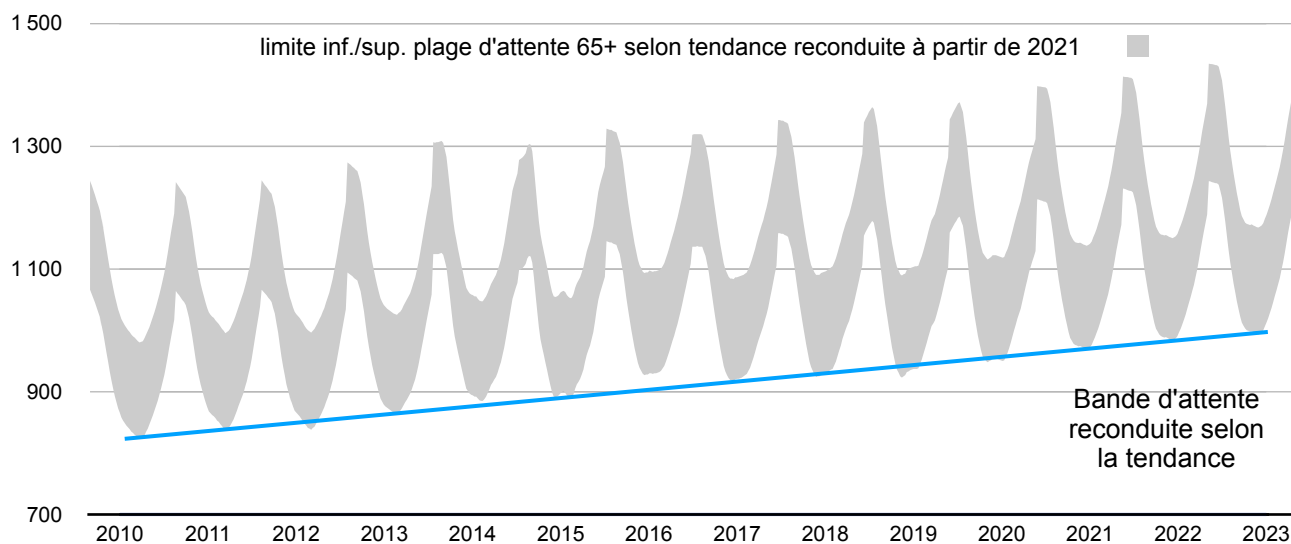
Bande d'attente 65+ selon les prévisions de l'OFS



Graphique 9-4; (source OFS II)

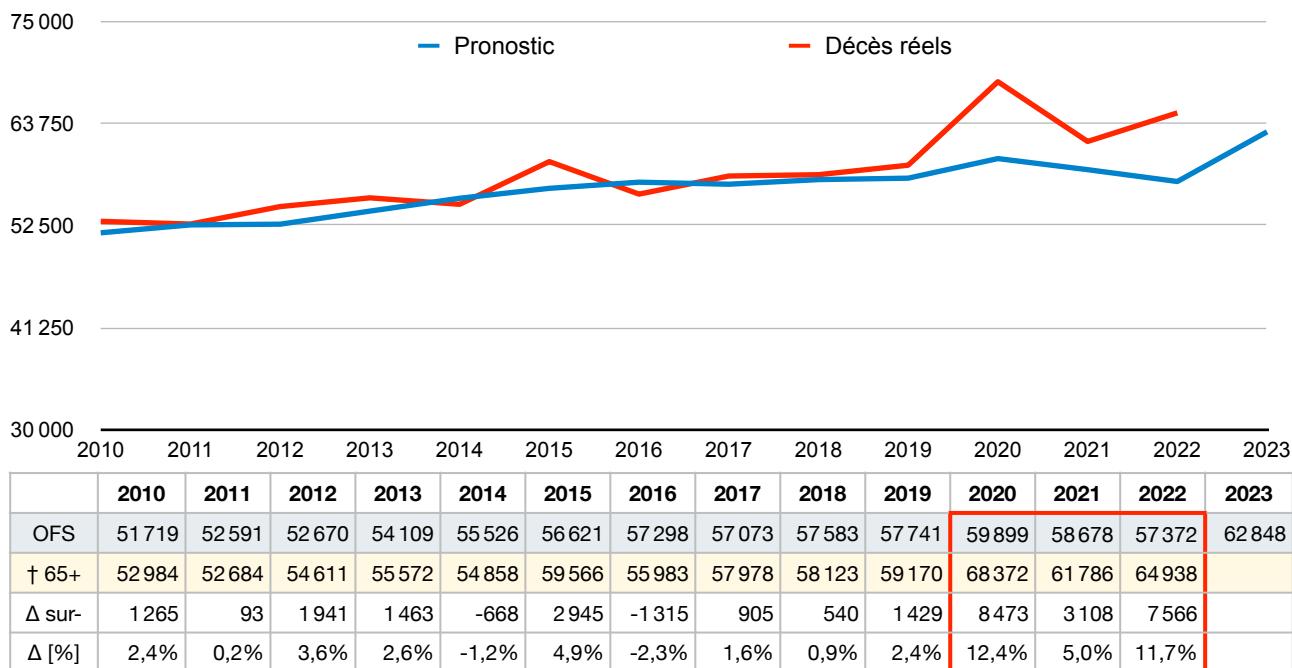
Alors que les prévisions de l'OFS de 2010 à 2019 étaient en moyenne inférieures de 1,5 % à la mortalité réelle, avec un dépassement maximal de 4,9 % en 2015, les sous-estimations des prévisions par rapport à la mortalité réelle présentent un écart de 12,4 % en 2020 et de 11,7 % en 2022. Cela s'explique par le fait que la valeur attendue a été abaissée à deux reprises, pour 2021 et 2022, suivie d'une augmentation radicale de la valeur prévue en 2023, ce qui correspond à trois changements de méthode contestables de l'OFS par rapport à ses anciens calculs orientés sur la tendance.

Bande d'attente 65+ selon la tendance des prévisions de l'OFS



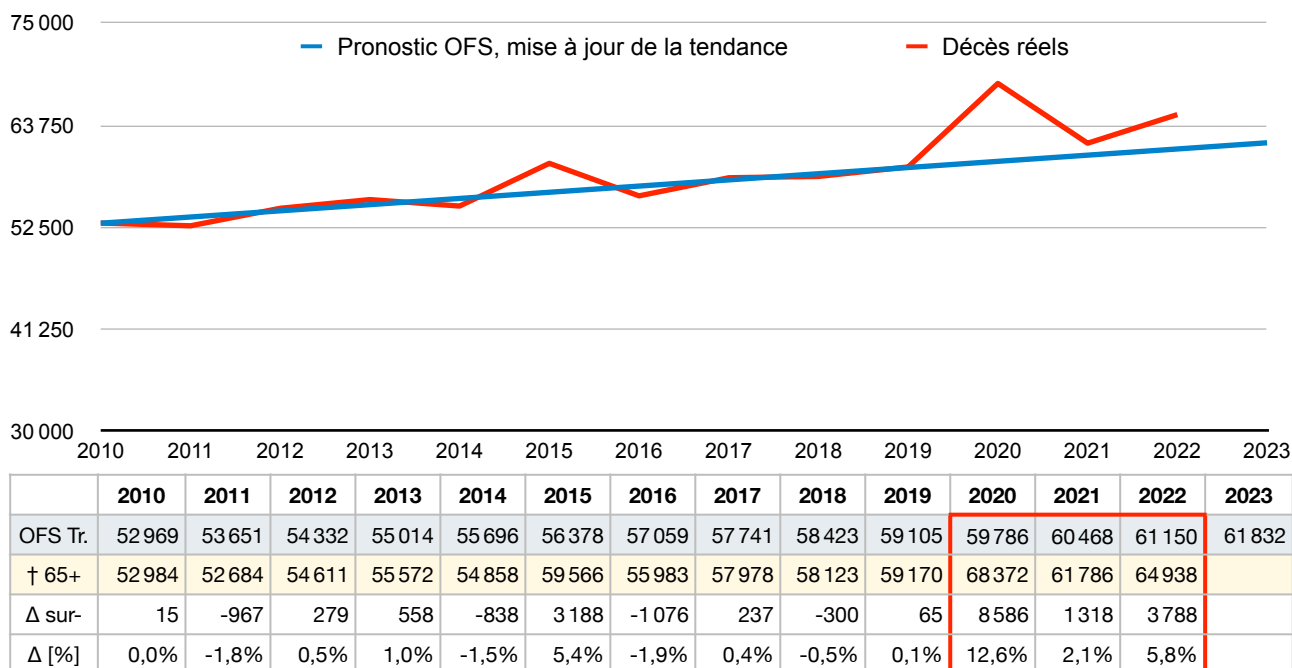
Graphique 9-5; (source OFS II)

Ecarts entre les prévisions de l'OFS et la mortalité réelle, groupes d'âge 65+



Graphique 9-6, Tableau 9-4; (source OFS 1, 2, 3, 4, 11)

Ecarts entre la tendance de l'OFS actualisée (+1,5 %) et la mortalité réelle



Graphique 9-7, Tableau 9-5; (source OFS 1, 2, 3, 4, 11)

Les estimations prévisionnelles divergentes de l'OFS (tableau 9-5) donnent une sous-estimation globale cumulée de 44,1 % de la mortalité réelle de 2010 à 2022. Si l'on tient compte de l'écart de 1,5 % entre 2010 et 2019, le calcul alternatif suivant, basé uniquement sur l'actualisation des tendances : L'estimation obtenue à partir des prévisions de l'OFS selon la méthode précédente est corrigée d'une erreur de +1,5 % par rapport à la tendance actuelle, ce qui donne la ligne de tendance bleue. La somme des différences en % est divisée par deux, soit 22,1 %, et le résultat est donc plus satisfaisant que celui de la méthode complexe de l'OFS. La somme de surmortalité $[\Sigma(\Delta_{\text{sous-}})]$ se réduit de 27'745 à 14'853. Toutes les années de pandémie consécutives montrent une mortalité frappante malgré les mesures et la vaccination.

L'OFS commente ainsi le fait d'avoir changé trois fois de méthode.

Maintien des valeurs attendues de 2020 en 2021 : « *Étant donné le nombre exceptionnellement élevé de décès observés en 2020, on s'est basé sur la valeur attendue statistiquement pour 2020 pour calculer le nombre de décès attendus pour 2021 et ce, tant pour le groupe des 65 ans ou plus que pour celui des 0 à 64 ans.* »

1. Un gros point d'interrogation subsiste sur la raison pour laquelle l'OFS n'a pas pu émettre en 2021 de prévisions pour l'évolution future au vu des données démographiques disponibles et du modèle testé jusqu'alors. Les valeurs attendues suivantes, 60 468 pour 2021, 61 150 pour 2022 et 61 832 pour 2023, peuvent être déterminées à partir de la tendance des prévisions de 2016 à 2019, ce qui permet au moins de tenir à peu près compte de l'évolution démographique. Ainsi, la prétendue « surmortalité » par rapport aux valeurs attendues fixées arbitrairement par l'OFS depuis 2021 est réduite.
2. Abaissement de la valeur attendue en 2022 : « *Pour calculer les valeurs attendues pour 2022 dans le groupe des 65 ans ou plus, on a en revanche remplacé le nombre de décès observés pendant les trois périodes présentant une surmortalité en 2020 et en 2021 par celui attendu statistiquement pour 2020. Sur les périodes restantes de 2020 et 2021, les décès observés ont été pris en compte dans le calcul de la valeur attendue pour l'année 2022.* »

En tant que base de calcul pour 2022, la valeur statistique attendue pour 2020 ignore deux ans d'évolution démographique, ce qui doit être très problématique d'un point de vue méthodologique. Le calcul mixte entre une valeur attendue obsolète et des cas observés en phases de faible mortalité aboutit à une estimation construite de toutes pièces qui ne tient pas compte de tous les facteurs calculables et a conduit à une prétendue « surmortalité permanente » en 2022

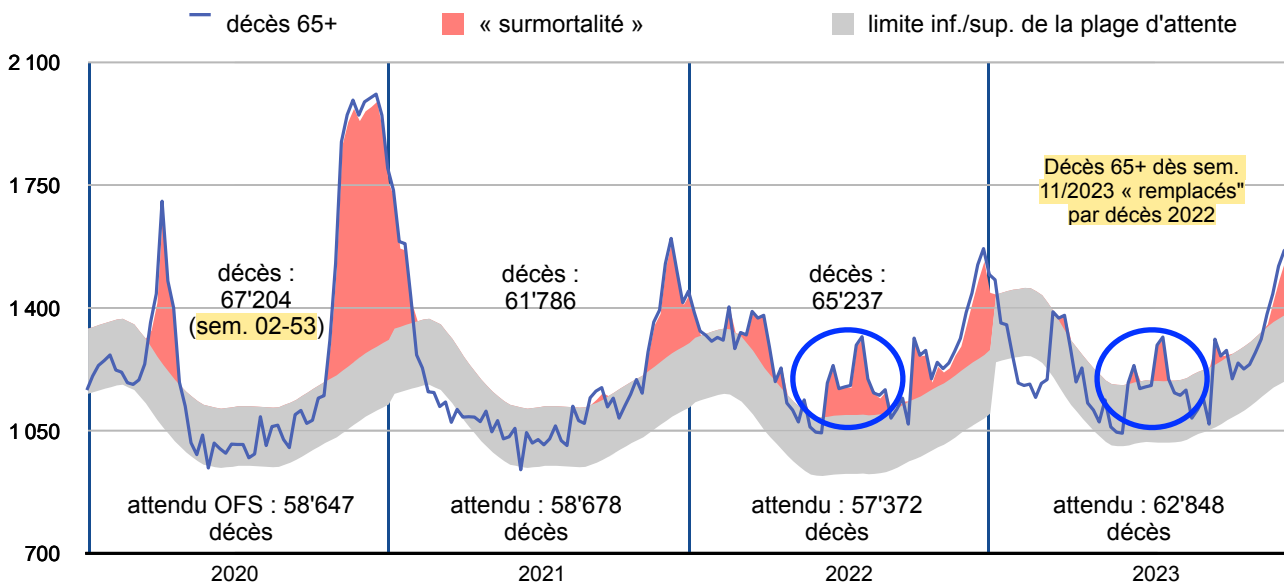
3. Augmentation de la valeur attendue en 2023 nettement au-dessus du calcul de la tendance des années précédentes jusqu'en 2020 : « *La surmortalité observée en 2022 n'a jusqu'ici pu être attribuée à aucune cause univoque. Raison pour laquelle on a remplacé lors du calcul des valeurs attendues pour 2023 dans le groupe d'âge des 65 ans ou plus, les valeurs des trois périodes de 2020 et de 2021 présentant une surmortalité par le nombre de décès attendus statistiquement pour 2020. Les valeurs observées tout au long de l'année 2022 ont été entièrement prises en compte dans le calcul.* »

Ce calcul mixte : remplacer des valeurs réelles par les valeurs prévues périmées de 2020, complétées par des décès réels en 2022, est incompréhensible et ignore les évolutions démographiques évidentes. Selon les prévisions de l'OFS, les décès étaient encore considérés comme élevés en 2022. Dans les prévisions 2023, ces mêmes décès de 2022 ont été entièrement « avalés », ils disparaissent désormais dans la bande grise attendue selon le modèle de prévision 2023 (cf. graphique 9-8). On crée ainsi l'image souhaitée, déjà reprise avec gratitude par les médias qui la présentent comme la fin supposée de la « surmortalité » ; commentaire de la SRF : ¹⁸ « *Étant donné qu'au cours des trois dernières années, nettement plus de personnes de plus de 65 ans sont décédées que ce qui était statistiquement prévu, ces informations sont désormais également intégrées dans les prévisions pour 2023. Ainsi, l'OFS s'attend pour 2023 à plus de morts que les années précédentes, mais cela n'est plus déclaré comme surmortalité - mais comme statistiquement prévisible.* » De telles déterminations isolées et diamétralement opposées sont aventureuses du point de vue de la méthode. Une modélisation simple, comme

¹⁸ SRF: Explication du graphique de la surmortalité

pratiquée jusqu'à présent par l'OFS, basée sur la correction des tendances conduit à de meilleurs résultats, ce qui donne à réfléchir. Ainsi, l'OFS ignore non seulement la tâche qui lui a été confiée de reconnaître et d'analyser les signaux de sécurité pour le monitoring de la mortalité, mais manœuvre en fin de compte de façon à la dissimuler.

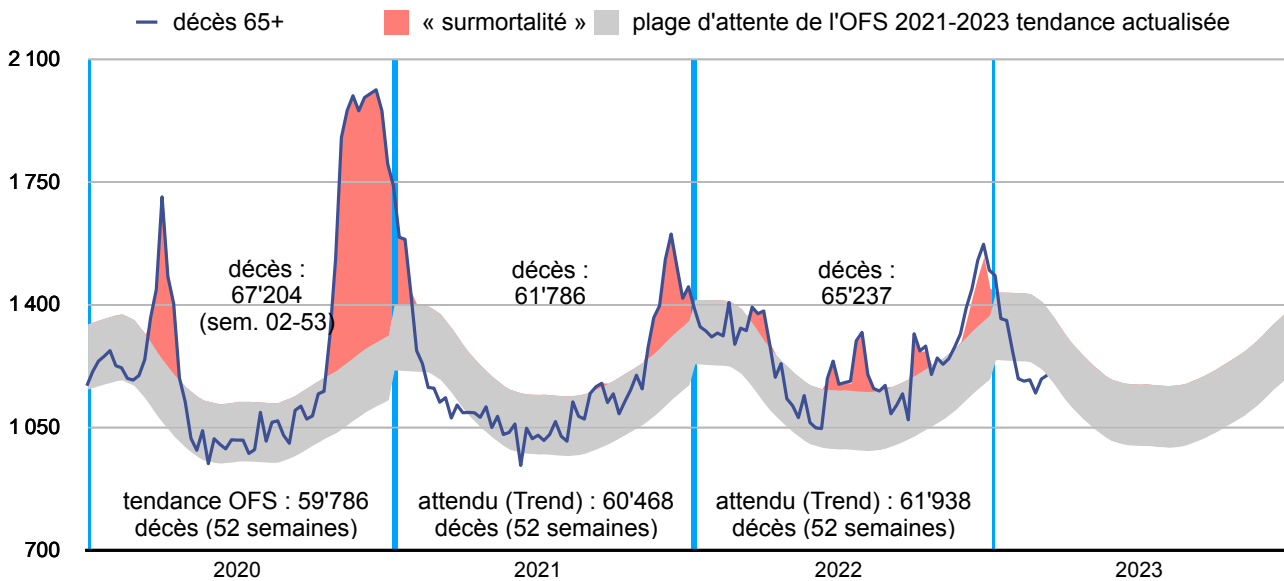
« Surmortalité » selon les prévisions de l'OFS pour 2020 à 2022



Graphique 9-8; (source OFS 11, Etat : 21.03.2023)

Comme l'OFS compile les décès chaque semaine, seules les semaines 2 à 53 de 2020 ont été prises en compte afin comparer des périodes identiques. En 2021, la courbe bleue des décès augmente continuellement dès le milieu de l'année (campagne de vaccination de rappel) jusqu'à la limite supérieure du calcul de l'année précédente. Lorsque la valeur attendue est abaissée en 2022, on assiste à l'apparition d'une prétendue « surmortalité permanente ». Si l'on reporte les décès « entièrement pris en compte » de 2022 devant la bande attendue plus élevée fixée par l'OFS en 2023 (pour constater l'effet, il ne s'agit pas des chiffres 2023), la « surmortalité » disparaît alors dans la « zone normale » de la bande grise (cf. ellipse de droite) à l'exception de quelques pics, ce qui semble être le but de cette fixation complètement arbitraire.

« Surmortalité » représentée avant la mise à jour de la tendance attendue



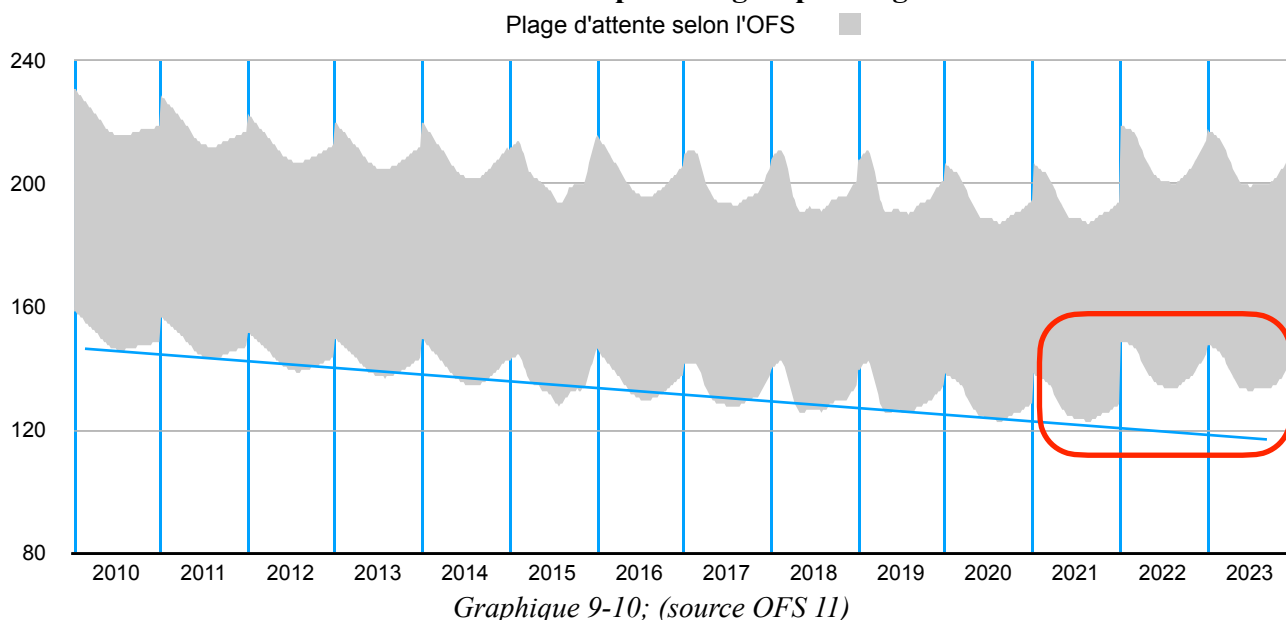
Graphique 9-9; (source OFS 11, situation : 21.03.2023)

Si l'on prolonge la plage d'attente 2021-2023 selon la tendance des années précédentes (cf. graphique 9-9), la mortalité après la quadruple campagne vaccinale présente une hausse durable au-dessus de la bande grise. Le caractère problématique de ce signal fait toutefois disparaître la valeur attendue de l'OFS dans la « bande de brouillard » grise. De même, les « pics de surmortalité » perdent désormais une partie considérable de leur potentiel dramatique durable, encore commenté l'année précédente par un haussement d'épaules (« *les experts se perdent en conjectures* »).

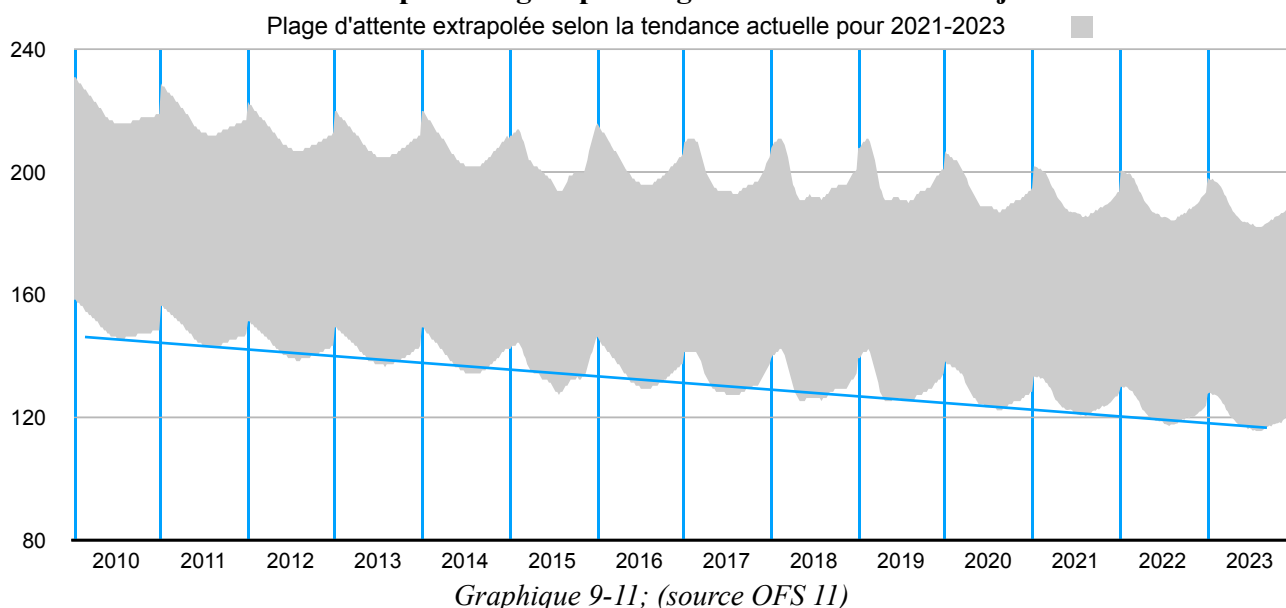
9.3. Surmortalité et prévisions de l'OFS groupes d'âge 0-64 ans

Les valeurs attendues des 0 à 64 ans sont également fixées de manière discutable, comme l'illustre le graphique suivant qui montre des valeurs 2020 maintenues en 2021 et des valeurs attendues 2022 et 2023 qui sortent complètement de la fourchette de modélisation utilisée jusqu'à présent. Cela donne l'impression d'avoir été augmenté arbitrairement.

Bande d'attente de l'OFS pour les groupes d'âge 0-64 ans



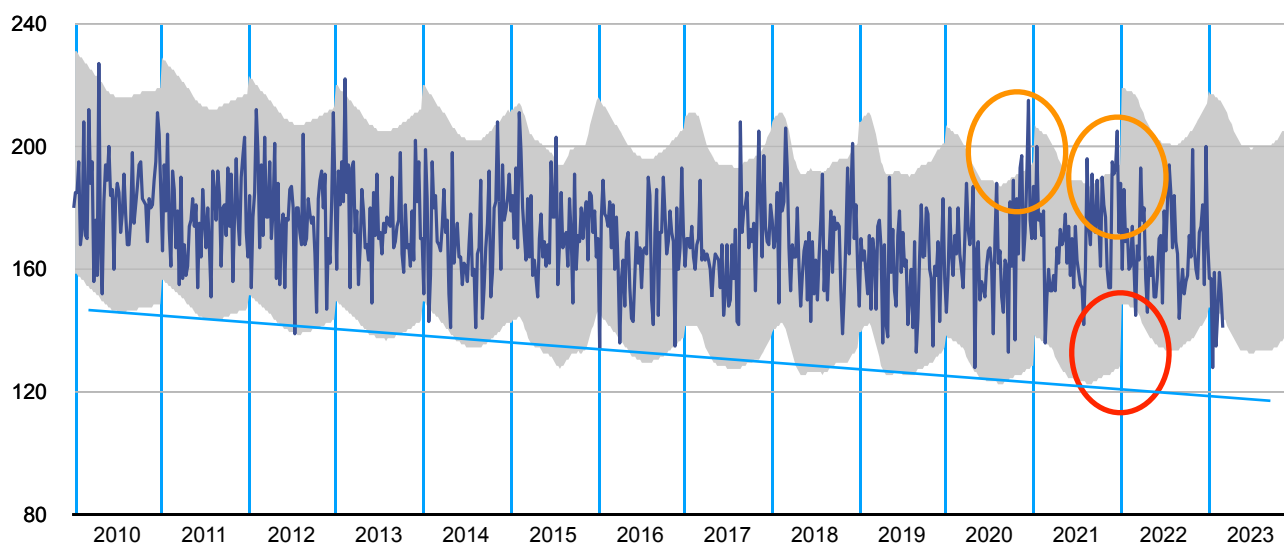
Bande d'attente de l'OFS pour les groupes d'âge 0-64 ans avec mise à jour de la tendance



La comparaison entre la plage d'attente du graphique 9-10, comme publié par l'OFS, et celle modifiée du graphique 9-11, mise à jour à partir de 2021 selon le modèle de prévision de l'OFS selon la tendance, montre des ajustements entourés en rouge qui semblent augmentés de manière arbitraire.

Une autre observation détaillée en été 2015 : la modélisation sort aussi du concept précédent et signale soudainement des attentes de mortalité plus basses, alors que l'augmentation de la mortalité a justement touché les classes d'âge plus jeunes en cette année de grippe. Quelles sont les considérations « stratégiques » à l'origine de telles corrections spontanées du modèle de tendance ?

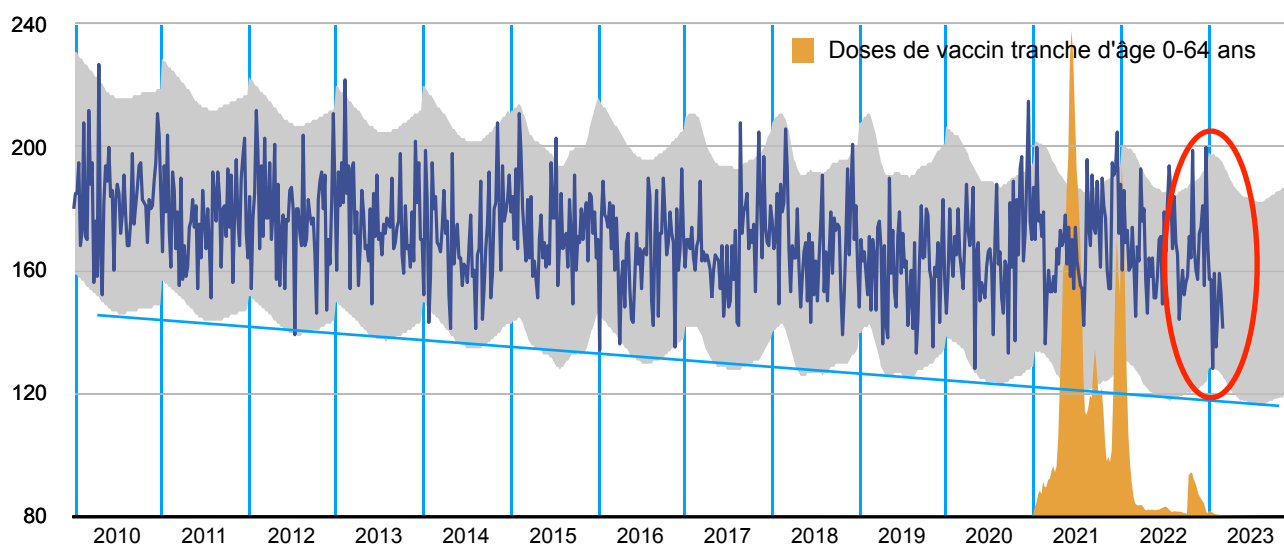
Décès 0-64 ans dans la bande d'attente de l'OFS



Graphique 9-12; (source OFS 11)

Le graphique ci-dessus illustre le caractère discutable du changement radical de méthode en 2022. Il est dominé par les taux de mortalité élevés des plus de 50 ans, ce qui ne permet pas de tirer des conclusions pour les groupes d'âge inférieurs. Après la grande « vague de surmortalité » de l'hiver 2020/21 qui a touché les plus de 60 ans, les décès à partir de l'été 2022 se situent aussi à long terme à la limite supérieure de la très large plage d'attente choisie (cf. ellipses orange). Par contre, grâce à l'augmentation soudaine de la plage d'attente en 2022 (ellipse rouge), ils semblent avoir baissé.

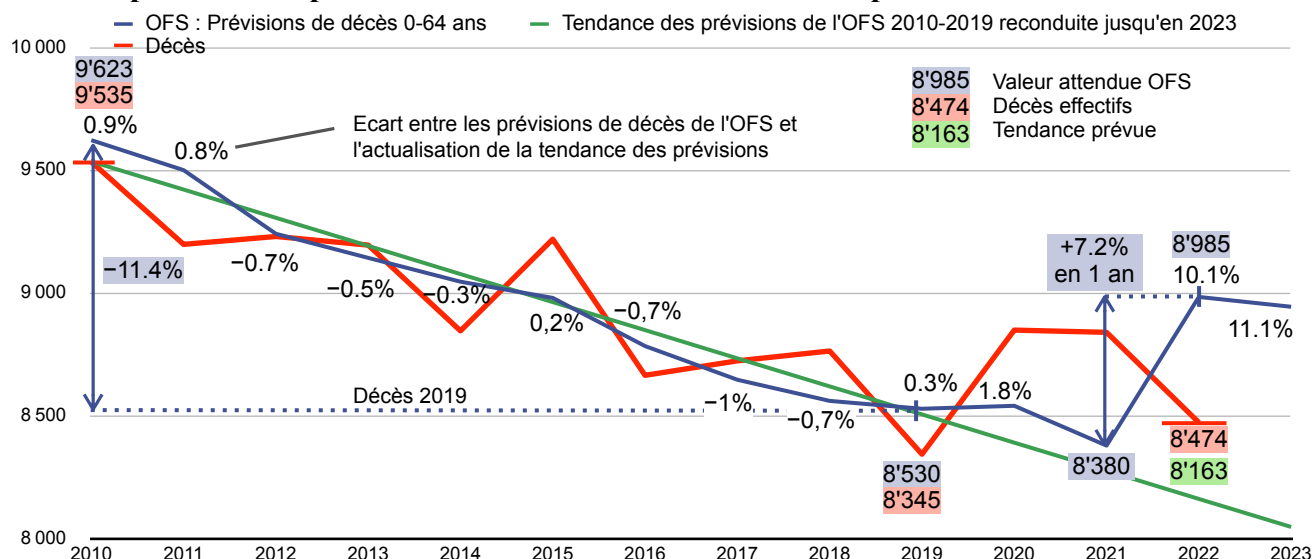
Décès 0-64 ans dans la bande d'attente prolongée par le prolongement de la tendance



Graphique 9-13; (source OFS 11)

Si l'on considère l'évolution des décès avant la plage d'attente corrigée des tendances, il apparaît clairement que la brusque hausse donne l'impression que les décès dans les groupes d'âge plus jeunes ne sont pas remarquables. Cela pourrait être considéré comme une manœuvre visant à détourner l'attention du fait que les décès dans ces groupes d'âge ont été durablement plus élevés que la tendance précédente pendant toute la campagne de vaccination, mais qu'ils se situent maintenant dans la partie inférieure de la tendance précédente. En revanche, comme les décès attribués au Covid-19 ne peuvent pas expliquer ce phénomène, une enquête spéciale s'impose.

Comparaison des prévisions de l'OFS avec la tendance des prévisions et les décès réels



Graphique 9-14; (source OFS II)

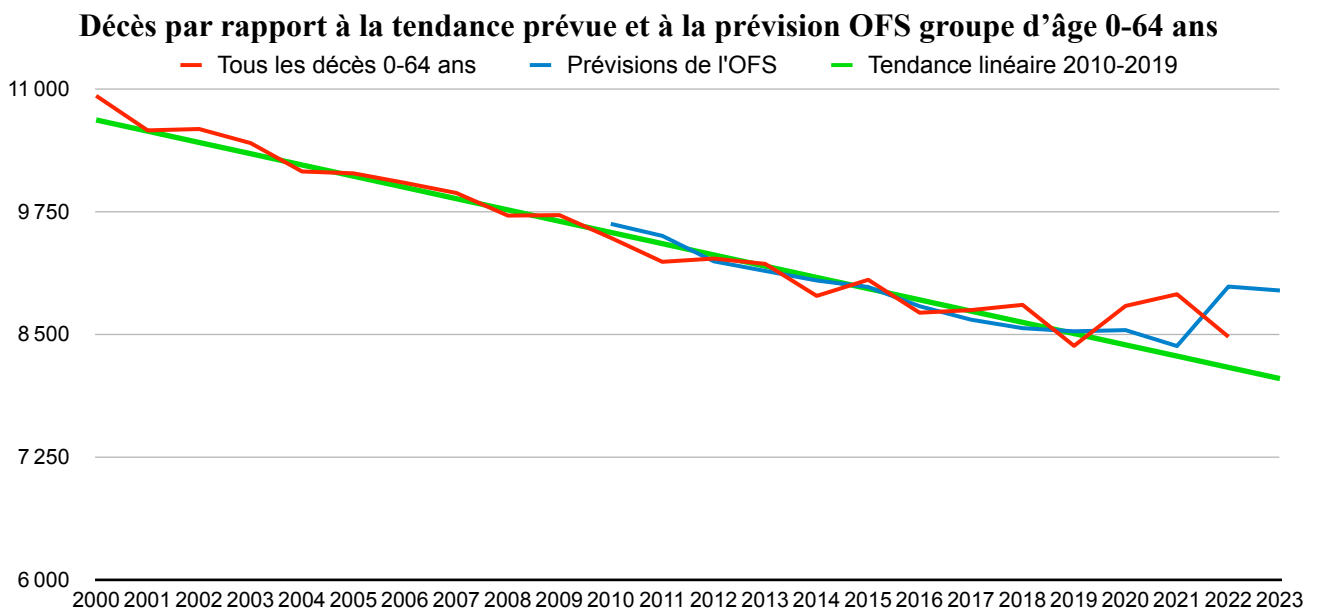
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Attente OFS	9 623	9 501	9 242	9 144	9 047	8 981	8 785	8 648	8 562	8 530	8 542	8 380	8 985	8 945
Tendance prévue OFS	9 536	9 422	9 307	9 193	9 078	8 964	8 850	8 735	8 621	8 507	8 392	8 278	8 163	8 049
Diff. Attend. - Tendance	0,9%	0,8%	-0,7%	-0,5%	-0,3%	0,2%	-0,7%	-1,0%	-0,7%	0,3%	1,8%	1,2%	10,1%	11,1%
Décès effectifs	9 535	9 199	9 231	9 196	8 847	9 220	8 666	8 725	8 765	8 345	8 850	8 841	8 474	

Tableau 9-6; (source OFS II)

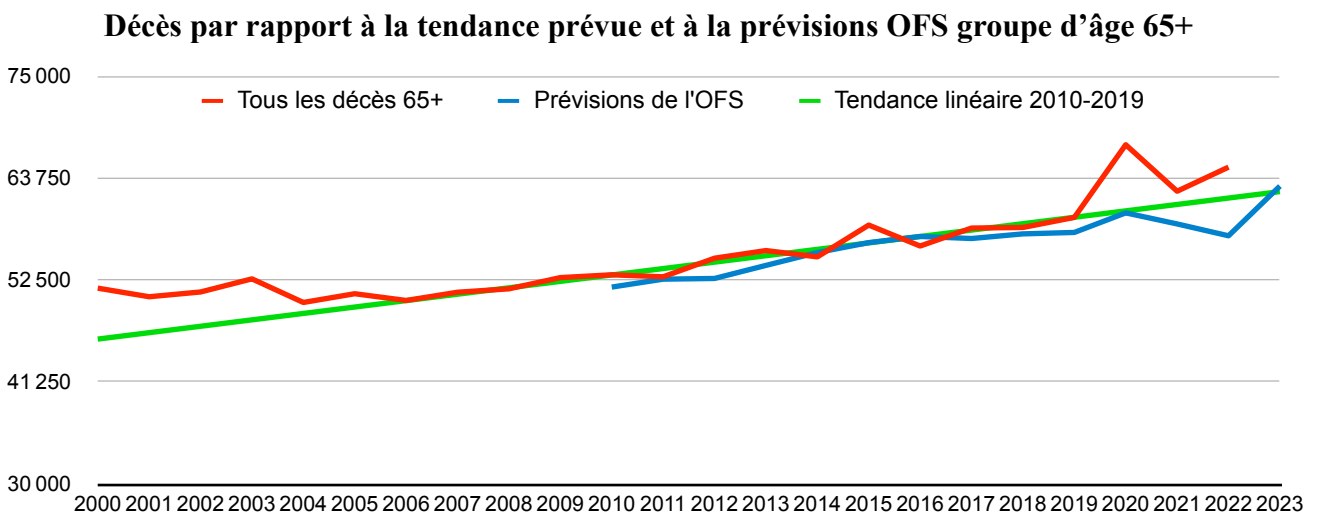
Le graphique 9-14 illustre les prévisions annuelles des « plus jeunes » de 0 à 64 ans (courbe bleue) avec la tendance des totaux annuels 2010-2019. Après que la courbe bleue 2021 soit encore proche de la tendance en conservant la valeur de 2020 (2021 a une semaine de moins, donc inférieure à 2020) elle fait ensuite un bond totalement inattendu de 13,8 % en 2022. Après deux années de sous-estimation de l'évolution de la mortalité, en 2020 et 2021, cette augmentation soudaine en 2022 est une tentative de « courir après » le nombre plus élevé de décès des années précédentes, sans calcul durable du changement de risque. Intentionnellement ou non, l'effet est simplement de faire disparaître à l'avenir les taux de mortalité élevés inattendus dans la zone attendue. Qu'il s'agisse des effets du Covid-19, tels qu'ils ont été mis en évidence en 2020, ou de la campagne de vaccination, qui domineront probablement le tableau en 2021. En fin de compte, la forme la plus simple de détermination de la valeur attendue en prolongeant la tendance (courbe verte) dans ce groupe d'âge est équivalente aux valeurs individuelles obtenues avec des méthodes complexes pour chaque année civile. Si la tendance devait s'inverser, les raisons d'un changement de méthode mériteraient une explication. Si la tendance devait s'inverser, les raisons d'un changement de méthode mériteraient une explication. Mais l'OFS procède en 2022 et 2023 à un ample changement de plus de 600 décès, une manœuvre statistique stratégique.

Lorsque l'OFS déclare à propos du suivi de la mortalité,¹⁹ « Indicateur clé des statistiques sur la santé, le taux de mortalité fournit des informations essentielles pour la santé publique, » alors bien sûr, cet objectif ne pourra être garanti si les valeurs limites sont simplement déplacées vers le haut ou vers le bas.

¹⁹ OFS : Suivi de la mortalité ; URL : <https://www.experimental.bfs.admin.ch/expstat/fr/home/projets/momo.html>



Graphique 9-15 (source OFS 9, 11)



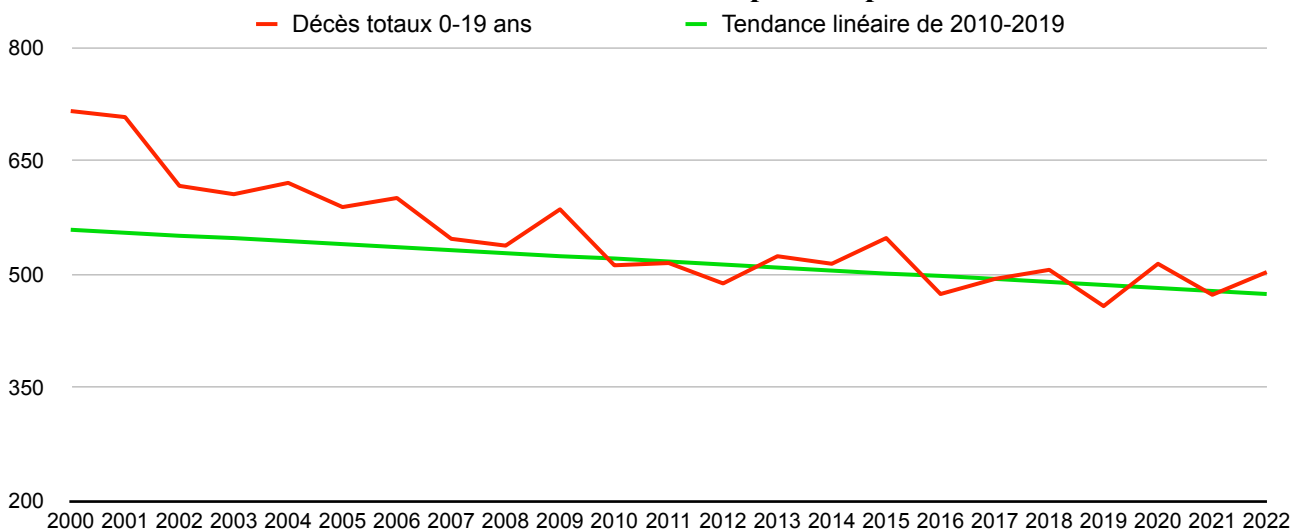
Graphique 9-16 (source OFS 9, 11)

En résumé, l'évolution des courbes des décès et des prévisions annuelles des deux groupes d'âge sommairement différenciés par l'OFS illustre les faits suivants :

- Les décès des 0-64 ans (en rouge) suivent une tendance à la baisse de 2004 à 2019, avec quelques écarts en 2011, 2014 et 2018.
- De 2020 à 2022, les décès réels s'écartent considérablement de la tendance.
- L'augmentation des valeurs de prévision de l'OFS en 2022 et 2023 retrace ce phénomène avec beaucoup de retard et confère ainsi sans raison une vraisemblance indirecte aux valeurs maximales de 2021 en particulier.
- Le groupe d'âge 65+ montre une tendance nettement croissante de 2006 à 2019, due à la forte augmentation des groupes d'âge les plus élevés.
- La tendance de prévision de l'OFS suit la tendance linéaire avec une sous-estimation constante.
- L'absence d'adaptation à l'évolution 2021 et le recul des valeurs attendues en 2022 sont contraires à l'évolution de la mortalité et relèvent d'erreurs de prévision. Par conséquent, ils ne peuvent pas être utilisés pour évaluer la surmortalité.

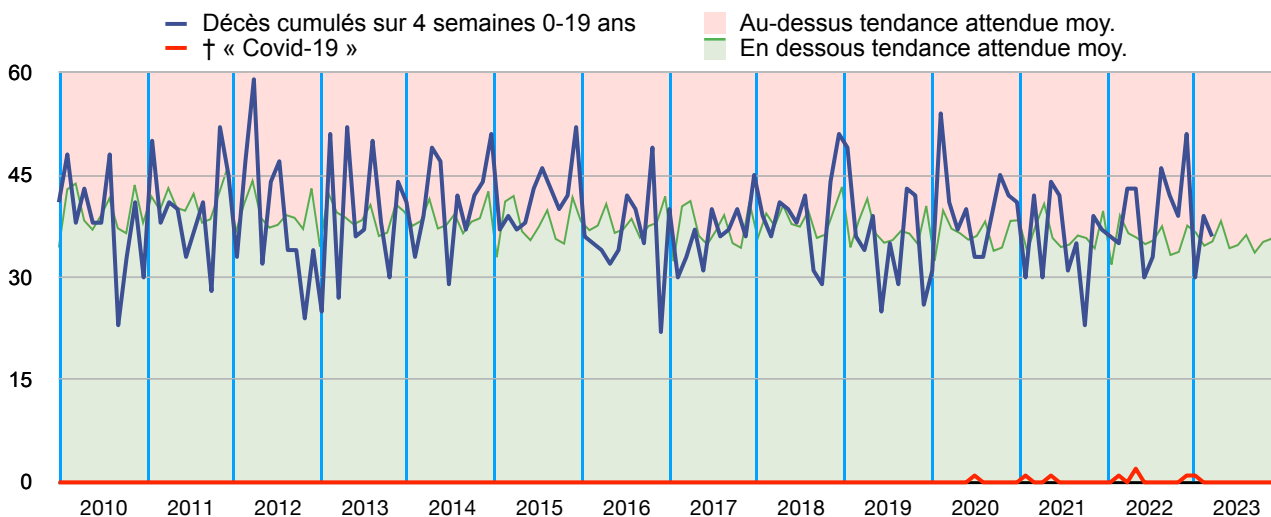
9.4. Analyse différenciée de la mortalité dans des groupes d'âge de 20 ans

Relation entre les décès et les tendances prévues pour les 0-19 ans



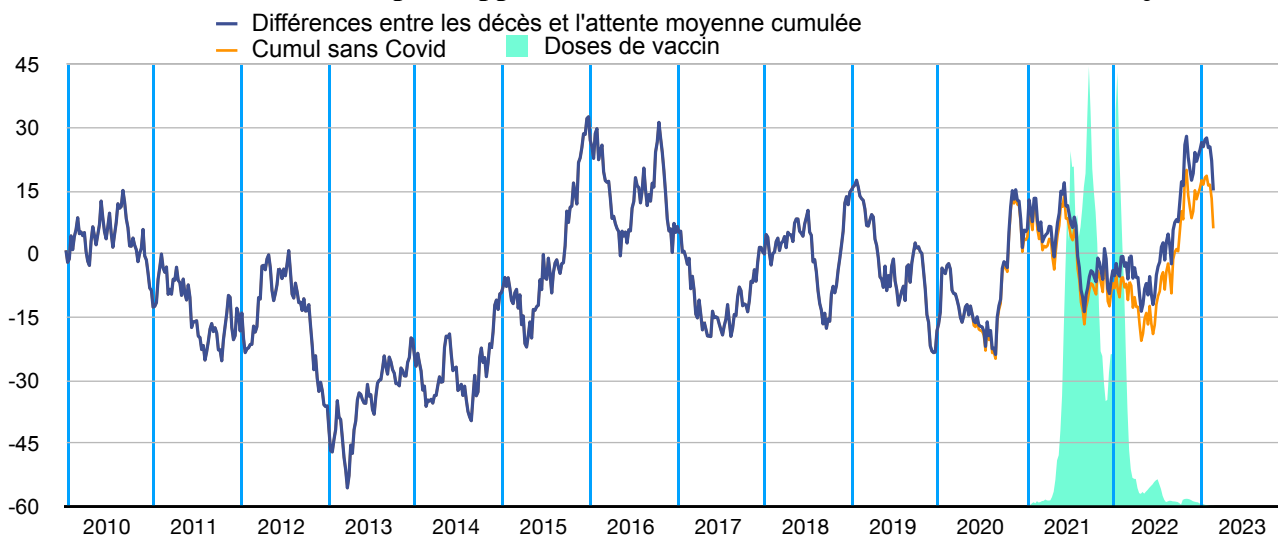
Graphique 9-17

Décès du groupe d'âge 0-19 ans par rapport au modèle de tendance 2010-2019



Graphique 9-18 (source OFS 9, 11, OFS 4)

Différences cumulées par rapport à la valeur attendue selon tendance mise à jour



Graphique 9-19 (source OFS 9, 11, OFSP 13, calcul propre)

L'évolution des décès chez les 0 à 19 ans (graphique 9-17) peut être considérée comme en légère baisse entre 2010 et 2019, avec des écarts plus importants en 2015 et 2019. L'évolution de la tendance précédente de 2000 à 2010 chutait de manière nettement plus raide.

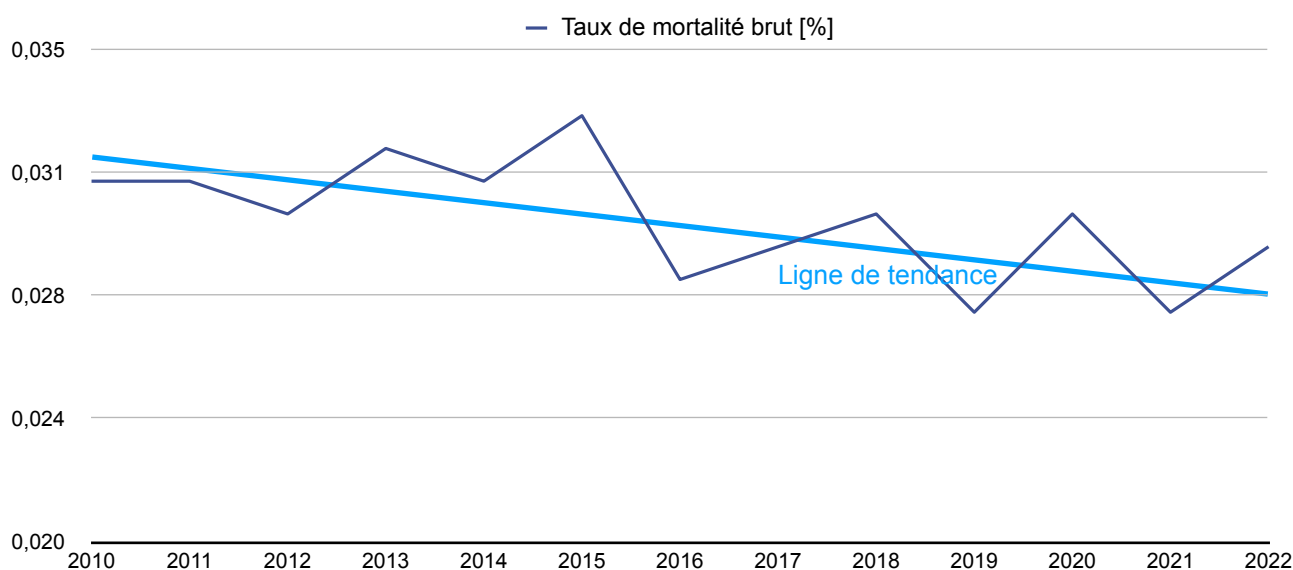
Différence entre les décès annuels (rouge) et la tendance prévue (vert) 0-19 ans

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Pop.	1 639K	1 642K	1 643K	1 648K	1 659K	1 670K	1 683K	1 696K	1 705K	1 713K	1 722K	1 735K	1 744K
†	512	515	488	524	514	548	474	494	506	458	514	473	503
Taux [%]	0,031	0,031	0,03	0,032	0,031	0,033	0,028	0,029	0,03	0,027	0,03	0,027	0,029
Trend	521	517	513	509	505	501	498	494	490	486	482	478	474
Δ	-1,7%	-0,3%	-5,1%	2,8%	1,7%	8,5%	-5,0%	0,1%	3,2%	-6,1%	6,2%	-1,1%	5,7%

Tableau 9-7 ; (source OFS 9, 11, référence : graphique 9-17)

La courbe de mortalité bleue du graphique 9-18, après des pics en 2011 et 2013, se situe en 2015, fin 2020, mi-2021 et 2022 presque en permanence dans la zone surlignée en rouge au-dessus de la tendance attendue. Dans le tableau 9-7, cela se traduit par des % d'augmentation élevés, à l'exception de 2021 (augmentation de courte durée seulement). En 2021, les décès restent longtemps en dessous de la tendance attendue dans la zone sur fond vert. D'où la baisse continue de la courbe cumulée, graphique 9-19, jusqu'à l'automne 2020. Ecart à la tendance de -6,1 %, en contraste frappant avec 2020, mais qui ramène finalement au niveau précédent. La hausse 2022 suit la campagne de vaccination.

Evolution des taux bruts de mortalité 0-19 ans hommes et femmes



Graphique 9-20 (source OFS 9, 11, calcul personnel)

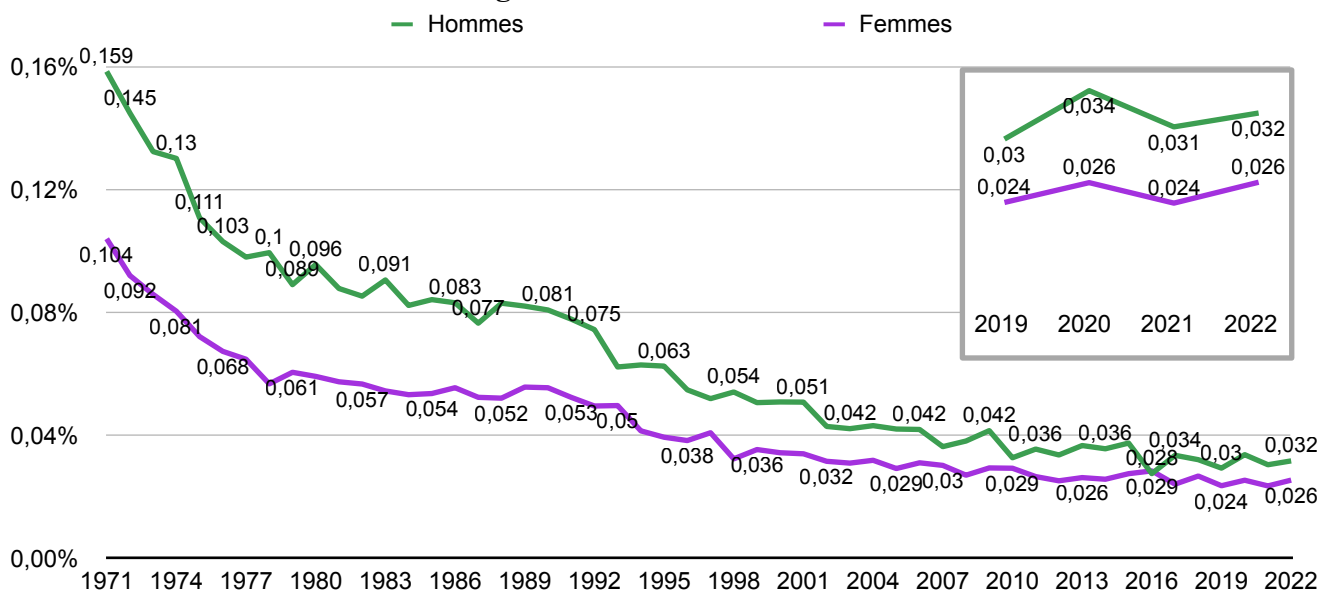
A l'exception de la hausse prolongée de mi-2014 à fin 2015, la mortalité est normale, l'évolution discrète des taux bruts de mortalité le confirme. En 2015 on voit que la grippe sévère avait touché les plus jeunes, ce qui n'apparaît pas lors de la pandémie Covid. Le taux de vaccination est faible chez les 0-9 ans en semaine 10/2023 avec 3,7 %. Chez les 10-19 ans le taux de vaccination est de 50,4 %. On ne constate aucun effet immédiat de la vaccination sur les décès de ce groupe d'âge.

Taux de mortalité par année 0-19 ans

Année	0-19 ans hommes				0-19 ans femmes				hommes + femmes	
	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Covid-19	Part Covid-19
2010	842 170	277	0,033%	8	797 111	235	0,029%	1		
2011	842 787	301	0,036%	4	799 702	214	0,027%	5		
2012	843 247	285	0,034%	6	799 678	203	0,025%	10		
2013	846 314	312	0,037%	2	802 095	212	0,026%	6		
2014	851 658	305	0,036%	3	806 974	209	0,026%	7		
2015	857 499	323	0,038%	1	812 129	225	0,028%	3		
2016	865 662	240	0,028%	13	817 823	234	0,029%	2		
2017	872 845	294	0,034%	7	823 135	200	0,024%	11		
2018	877 051	283	0,032%	9	827 926	223	0,027%	4		
2019	880 871	260	0,030%	12	832 457	198	0,024%	12		
2020	885 090	300	0,034%	5	836 660	214	0,026%	9	2	0,00012%
2021	891 599	273	0,031%	11	843 001	200	0,024%	13	1	0,00006%
2022	897 329	286	0,032%	10	847 168	217	0,026%	8	6	0,00034%

Tableau 9-8; (source OFS 9)

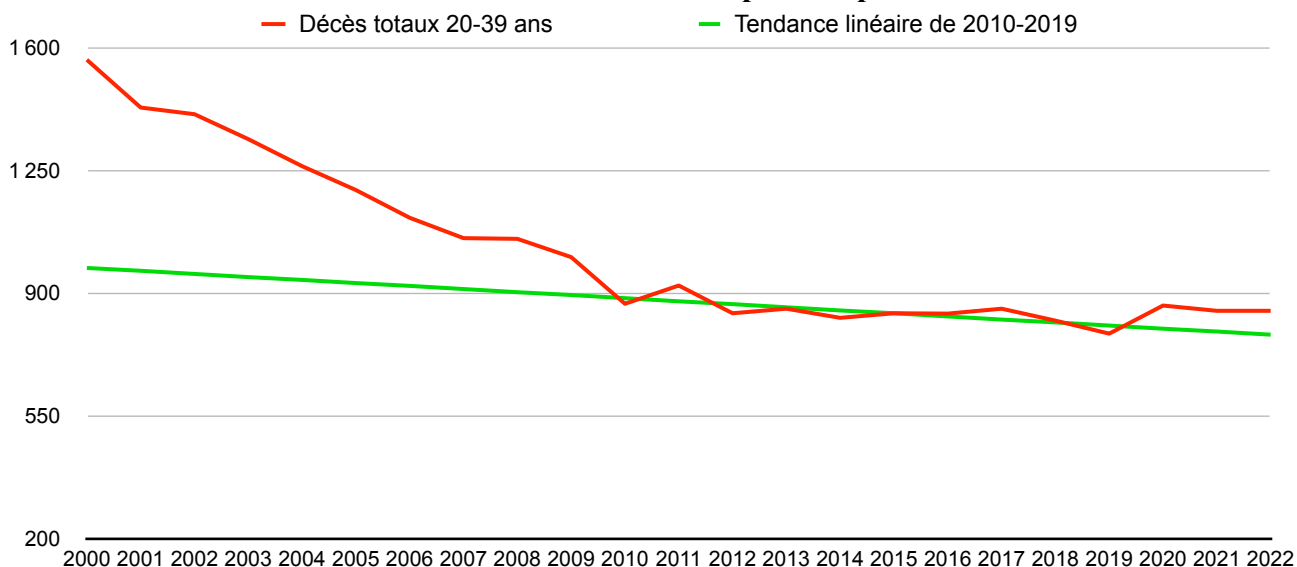
Evolution à long terme des taux de mortalité 0-19 ans



Graphique 9-21; (source OFS 9)

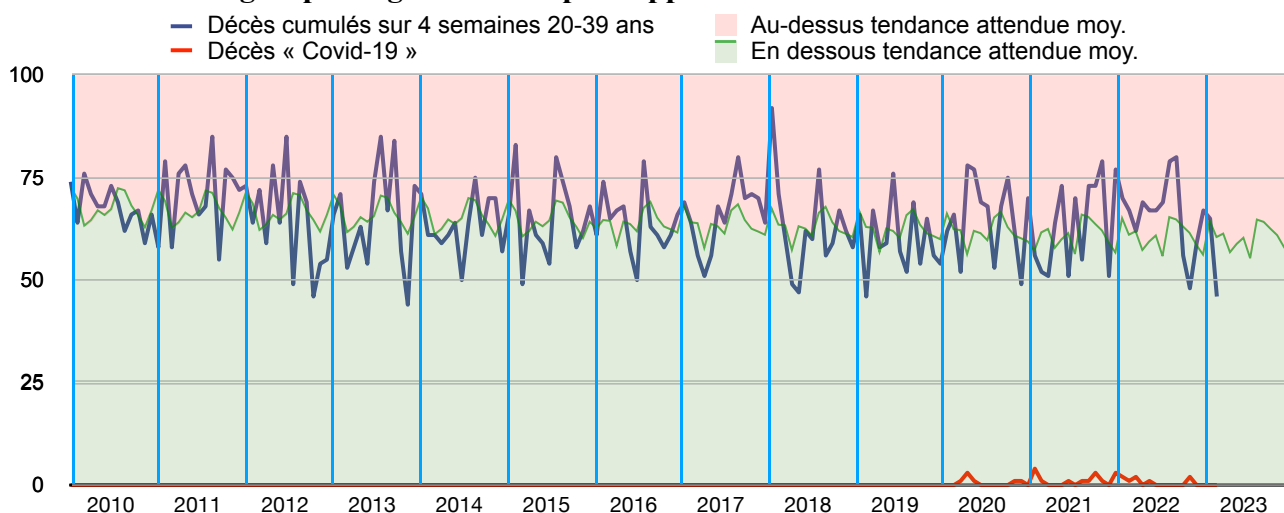
L'observation distincte des hommes et des femmes montre sur le long terme (graphique 9-21) une nette tendance à la baisse sur le long terme depuis 1971, et une très forte réduction des taux de mortalité à 1/4. Depuis 2010, les taux de mortalité n'ont que légèrement baissé. Dans le classement du pire rang 1 au meilleur rang 13, les plus grandes « échappées » sont le rang 1 chez les hommes en 2015 et chez les femmes, après le premier rang en 2010, les rangs 2 et 3 en 2015 et 2016. Dans les années de pandémie, on peut considérer comme une anomalie le rang 5 des hommes en 2020 qui n'est pas à mettre sur le compte de Covid-19 vu les 2 seuls décès avec test +. Il faut se poser la question des autres influences. Les décès de la période de pandémie peuvent être qualifiés de discrets et réfutent une situation de menace générale dans ce groupe d'âge.

Relation entre les décès et les tendances prévues pour les 20-39 ans



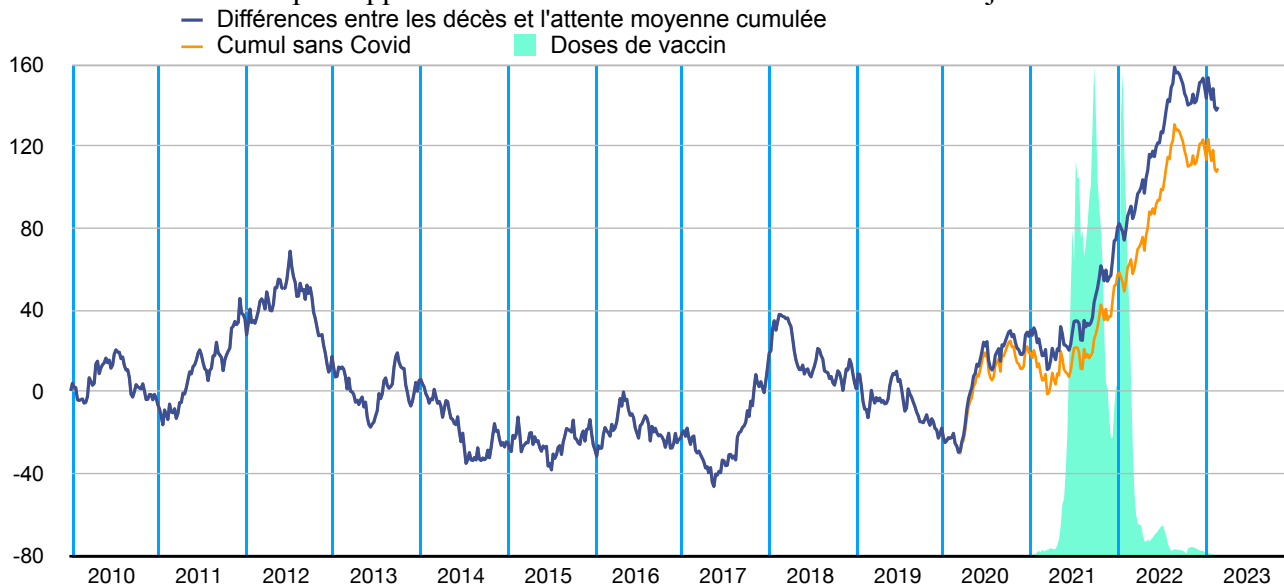
Graphique 9-22 (source OFS 9, 11)

Décès du groupe d'âge 20-39 ans par rapport au modèle de tendance 2010-2019



Graphique 9-23 (source OFS 9, 11, OFS 4)

Différences cumulées par rapport à la valeur attendue selon tendance mise à jour



Graphique 9-24 (source OFS 9, 11, OFS 13)

La courbe de mortalité des 20 à 39 ans chute très fortement de 2000 à 2010, puis descend légèrement entre 2010 et 2019, avec une variation maximale en 2011 de 4,9 % (cf. tableau 9-9). La chute en 2019 fait apparaître très clairement la hausse de 2020 à 2022 par rapport à la tendance. Une autre interprétation possible serait de voir l'évolution de 2012 à 2022 comme un plateau (cf. tableau 9-9, lignes 7, 8) à partir duquel les années 2018 et 2019 chutent plus fortement. Le bilan de ce groupe d'âge peut être considéré comme discret.

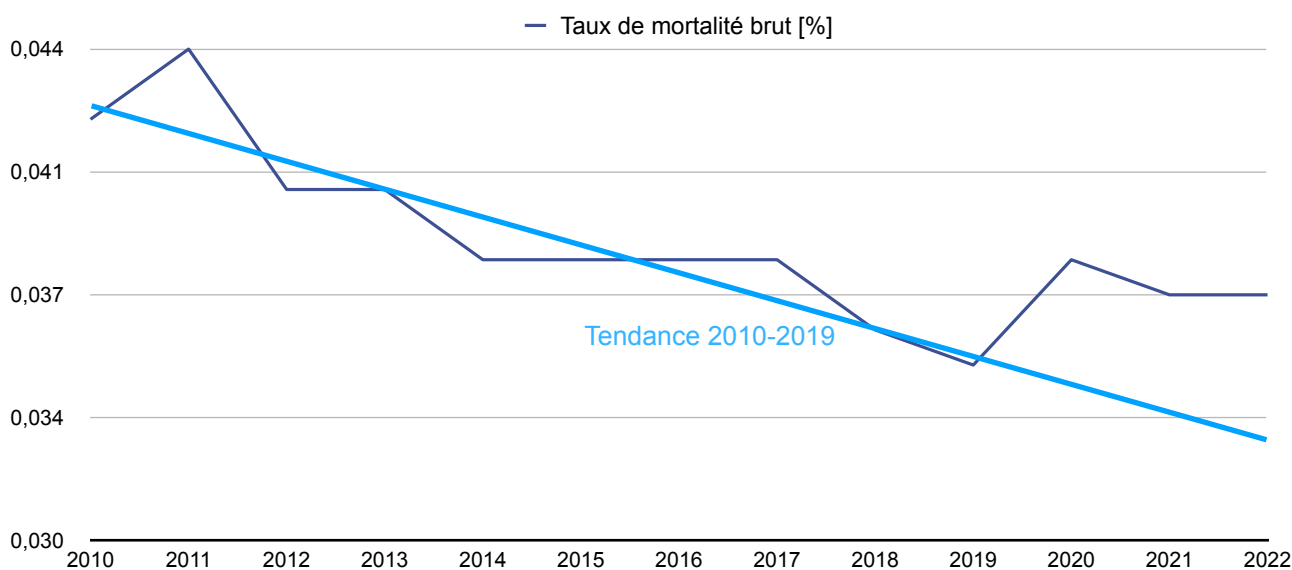
Différence entre les décès annuels (rouge) et la tendance prévue (vert) 20-39 ans

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hab.	2 087K	2 110K	2 132K	2 158K	2 186K	2 212K	2 238K	2 256K	2 265K	2 271K	2 278K	2 282K	2 284K
†	870	922	843	856	830	843	842	856	822	785	865	850	850
Taux [%]	0,042	0,044	0,04	0,04	0,038	0,038	0,038	0,038	0,036	0,035	0,038	0,037	0,037
Trend 10-19	886	877	869	860	851	843	834	825	817	808	799	791	782
Δ	-1,8%	4,9%	-3,0%	-0,5%	-2,6%	0,1%	1,0%	3,6%	0,7%	-2,9%	7,6%	7,0%	8,0%
Trend 12-22	841	841	841	841	841	841	840	840	840	840	840	839	839
Δ	3,3%	8,8%	0,2%	1,8%	-1,3%	0,3%	0,2%	1,8%	-2,2%	-7,0%	2,9%	1,2%	1,3%

Tableau 9-9 (source OFS 9, 11)

L'évolution du taux de mortalité par âge (graphique 9-25) montre une tendance clairement identifiable et un écart persistant très frappant depuis 2020. Le graphique 9-24 montre des liens temporels avec la 1ère vague 2020 et la vaccination en 2021, mais les 11 décès attribués au Covid-19 en 2020 n'expliquent pas l'augmentation de la 1ère vague. Le bilan total de 865 est un peu plus élevé en 2020 (cf tableau 9-9), mais se trouve en 2021 et 2022 au niveau de 2014 à 2017. L'augmentation très frappante par rapport à la tendance antérieure dès 2020 ne s'explique pas du tout par le Covid-19, de sorte que toutes les corrélations - y compris avec la vaccination - nécessitent une enquête de clarification.

Evolution du taux brut de mortalité 20-39 ans hommes et femmes



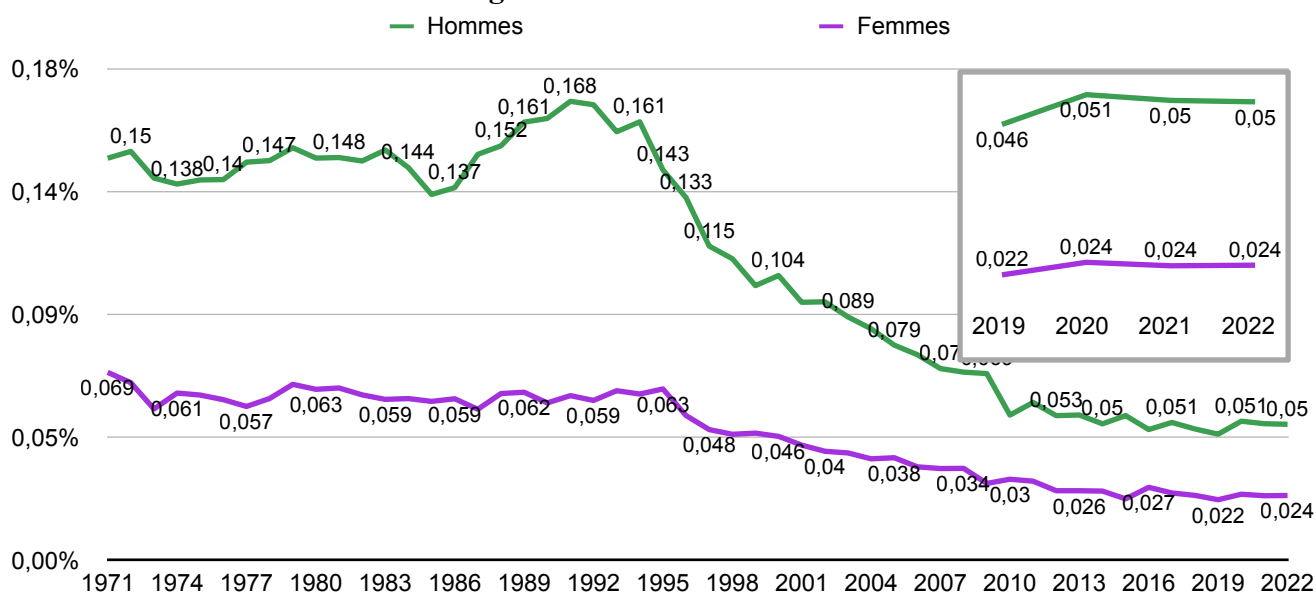
Graphique 9-25 (source OFS 9, 11)

Taux de mortalité par année 20-39 ans

Année	20-39 ans hommes				20-39 ans femmes				hommes + femmes	
	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Covid-19	Part Covid-19
2010	1 049 341	560	0,053%	3	1 037 778	310	0,030%	1		
2011	1 063 919	617	0,058%	1	1 046 169	305	0,029%	2		
2012	1 075 983	572	0,053%	5	1 055 871	271	0,026%	4		
2013	1 090 049	582	0,053%	2	1 067 984	274	0,026%	5		
2014	1 104 570	554	0,050%	9	1 081 130	276	0,026%	6		
2015	1 118 678	595	0,053%	4	1 093 349	248	0,023%	12		
2016	1 133 828	545	0,048%	12	1 104 015	297	0,027%	3		
2017	1 144 793	580	0,051%	7	1 111 059	276	0,025%	7		
2018	1 149 666	555	0,048%	11	1 114 873	267	0,024%	9		
2019	1 153 666	535	0,046%	13	1 117 562	250	0,022%	13		
2020	1 157 963	592	0,051%	6	1 119 982	273	0,024%	8	11	0,00048%
2021	1 161 151	583	0,050%	8	1 120 876	267	0,024%	11	12	0,00053%
2022	1 164 388	582	0,050%	10	1 120 589	268	0,024%	10	7	0,00031%

Tableau 9-10; (source OFS 9, 11)

Evolution à long terme des taux de mortalité 20-39 ans

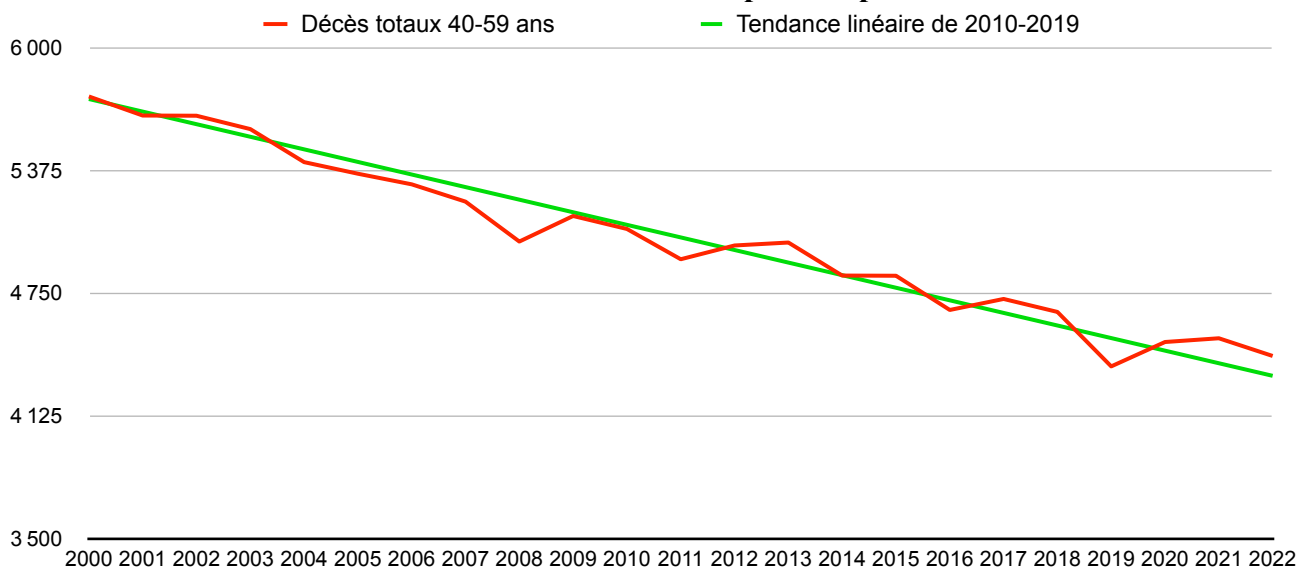


Graphique 9-26 (source OFS 9, 11)

L'évolution très frappante chez les hommes entre 1986 et 1995 trouve une explication plausible dans le dictionnaire historique de la Suisse sur le sida :²⁰ « En Suisse, les premiers cas ont été observés en 1982. [...] Les chiffres ont ensuite rapidement augmenté. Au 31 décembre 2010, 9157 cas avaient été enregistrés, dont 5841 décès à cette date (pic en 1994 avec 686 décès). Les hommes homo et bisexuels (3095) et les ceux qui s'injectent des drogues (2121 hommes, 1055 femmes) étaient les plus touchés ». Dans les années de pandémie, la situation est totalement détendue.

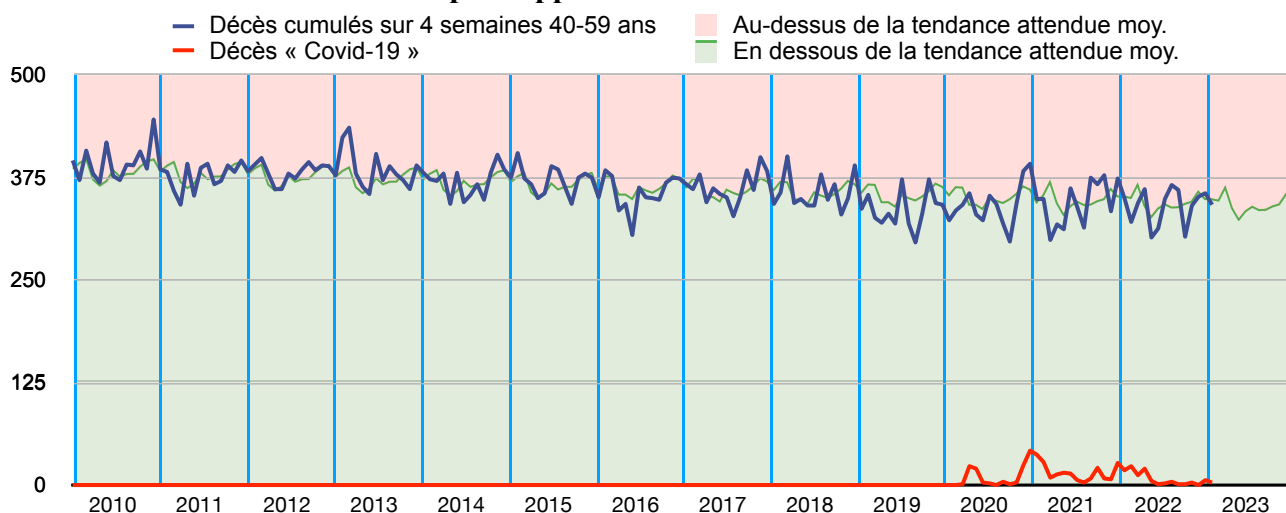
²⁰ Dictionnaire historique de la Suisse : SIDA ; URL: <https://hls-dhs-dss.ch/fr/articles/025625/2015-07-08/>

Relation entre les décès et les tendances prévues pour les 40-59 ans



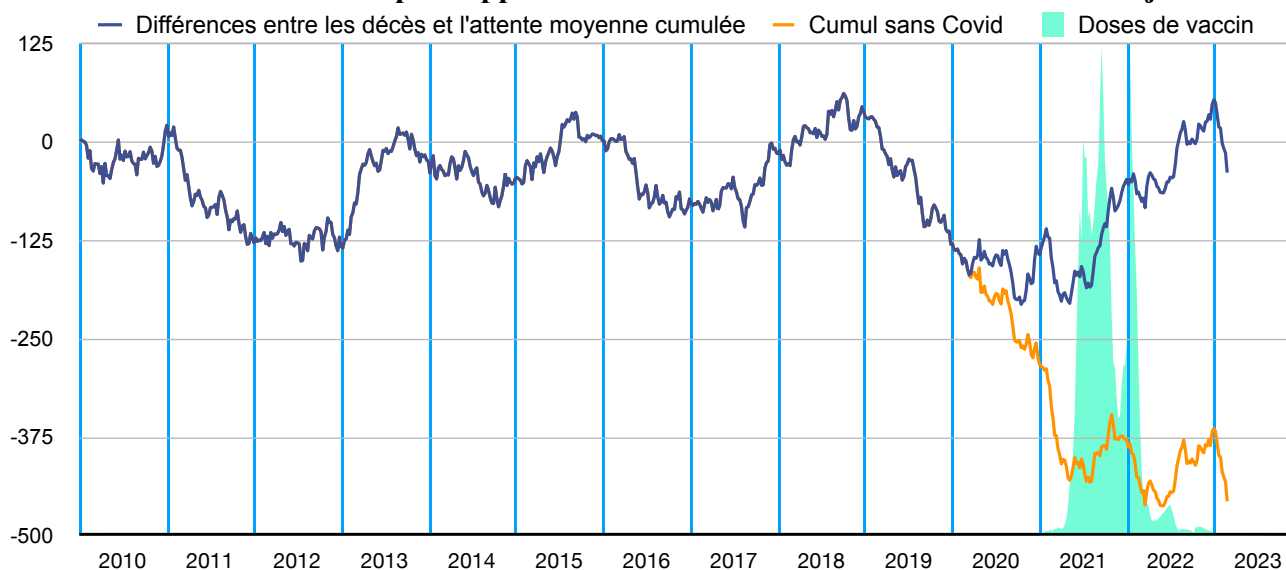
Graphique 9-27 (source OFS 9, 11)

Décès 40-59 ans par rapport au modèle de tendance 2010-2019



Graphique 9-28 (source OFS 9, 11, OFS 4)

Différences cumulées par rapport à la valeur attendue selon tendance mise à jour



Graphique 9-29 (source OFS 9, 11, OFS 13)

La courbe de mortalité des 40 à 59 ans décline. Sur ce point, deux écarts s'écartent nettement vers le bas en 2008 et en 2019. L'écart vers le haut en 2021 est plus élevé que lors de la 1ère année de pandémie en 2020 et se situe dans un ordre de grandeur similaire à 2013.

Différence entre les décès annuels (rouge) et la tendance prévue (vert) 40-59 ans

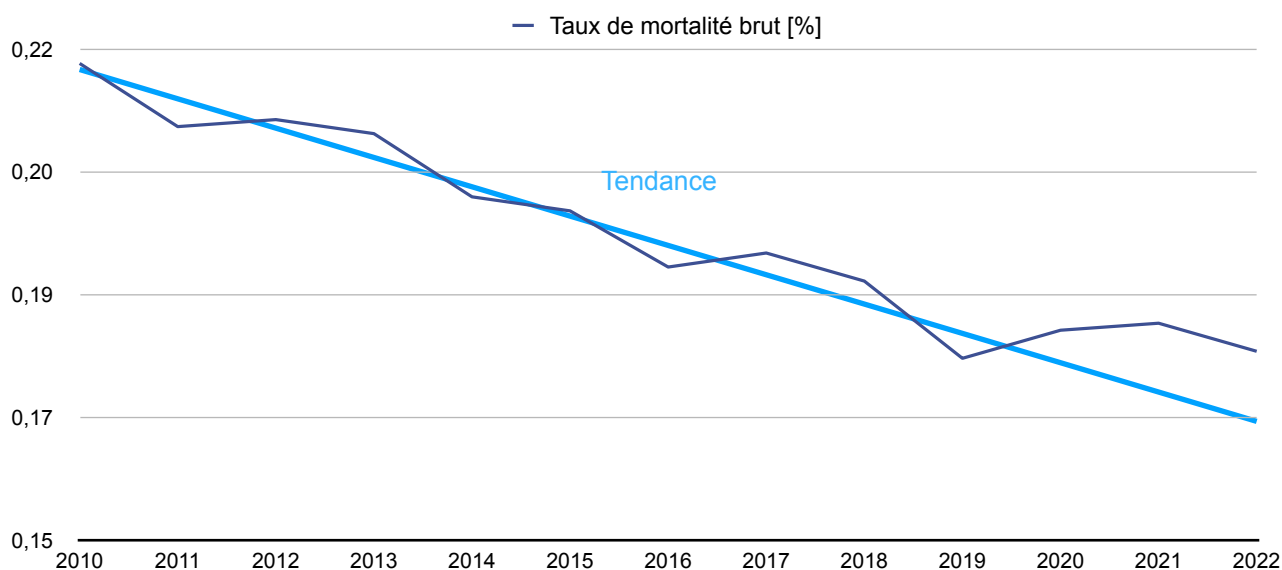
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hab.	2 324K	2 354K	2 382K	2 409K	2 434K	2 454K	2 468K	2 477K	2 484K	2 489K	2 496K	2 503K	2 508K
†	5 077	4 923	4 993	5 008	4 840	4 839	4 665	4 721	4 655	4 378	4 502	4 521	4 431
Taux %	0,218	0,209	0,21	0,208	0,199	0,197	0,189	0,191	0,187	0,176	0,18	0,181	0,177
Trend	5 098	5 034	4 970	4 906	4 842	4 778	4 714	4 650	4 586	4 522	4 458	4 394	4 330
Δ	-0,4%	-2,3%	0,5%	2,0%	-0,0%	1,3%	-1,0%	1,5%	1,5%	-3,3%	1,0%	2,8%	2,3%
Covid-19											140	191	87
Taux sans Covid-19 (%)											0,175	0,173	0,173

Tableau 9-11; (source OFS 9, 11)

Baisse continue chez les 40-59 ans de la courbe cumulée (graphique 9-29) en 2019 et évolution stable en 2020. L'augmentation dès 2021 coïncide de manière significative avec la campagne de vaccination. Elle est du même ordre de grandeur que la baisse de 2019 à la mi-2020. Il est totalement absurde de considérer les décès avec un test Covid-19 positif comme des décès supplémentaires. La courbe orange, Covid-19 déduit du nombre total de décès, fait quasi disparaître la mortalité ! Il est donc clair que le Covid-19 est manifestement en grande partie emprunté aux événements saisonniers habituels de la mortalité.

Les écarts de tendance hebdomadaires cumulés sur la totalité de la pandémie de 2020 à 2022 donnent une différence de +272 décès. Les 418 décès Covid-19 doivent être considérés comme un nombre excessif de tests positifs et non comme mortalité supplémentaire. De même, les taux de mortalité des années de pandémie sont les plus bas (2019 excepté) de sorte que la déduction de Covid-19 donnerait une image déformée.

Evolution du taux de mortalité brut 40-59 ans hommes et femmes



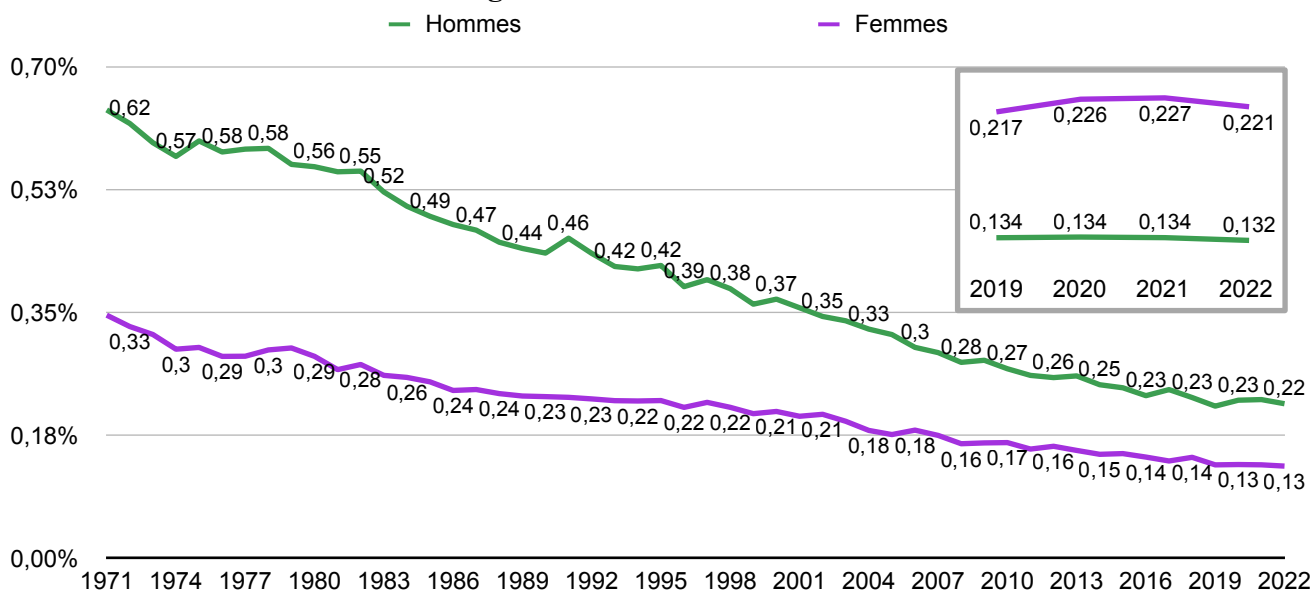
Graphique 9-30 (source OFS 9, 11)

Taux de mortalité par année 40-59 ans

Année	40-59 ans hommes				40-59 ans femmes				hommes + femmes	
	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Covid-19	Part Covid-19
2010	1 170 818	3 169	0,271%	1	1 152 892	1 908	0,165%	1		
2011	1 186 057	3 098	0,261%	2	1 167 761	1 825	0,156%	3		
2012	1 201 138	3 100	0,258%	4	1 181 272	1 893	0,160%	2		
2013	1 215 472	3 166	0,260%	3	1 193 281	1 842	0,154%	4		
2014	1 229 157	3 047	0,248%	5	1 204 906	1 793	0,149%	6		
2015	1 239 496	3 019	0,244%	6	1 214 705	1 820	0,150%	5		
2016	1 245 642	2 894	0,232%	8	1 222 471	1 771	0,145%	7		
2017	1 249 020	3 010	0,241%	7	1 228 237	1 711	0,139%	9		
2018	1 251 242	2 874	0,230%	9	1 232 289	1 781	0,145%	8		
2019	1 253 185	2 725	0,217%	13	1 235 552	1 653	0,134%	12		
2020	1 256 401	2 838	0,226%	11	1 239 473	1 664	0,134%	10	140	0,0056%
2021	1 259 869	2 857	0,227%	10	1 243 200	1 664	0,134%	11	191	0,0076%
2022	1 262 367	2 788	0,221%	12	1 244 506	1 643	0,132%	13	87	0,0035%

Tableau 9-12; (source OFS 9, 11)

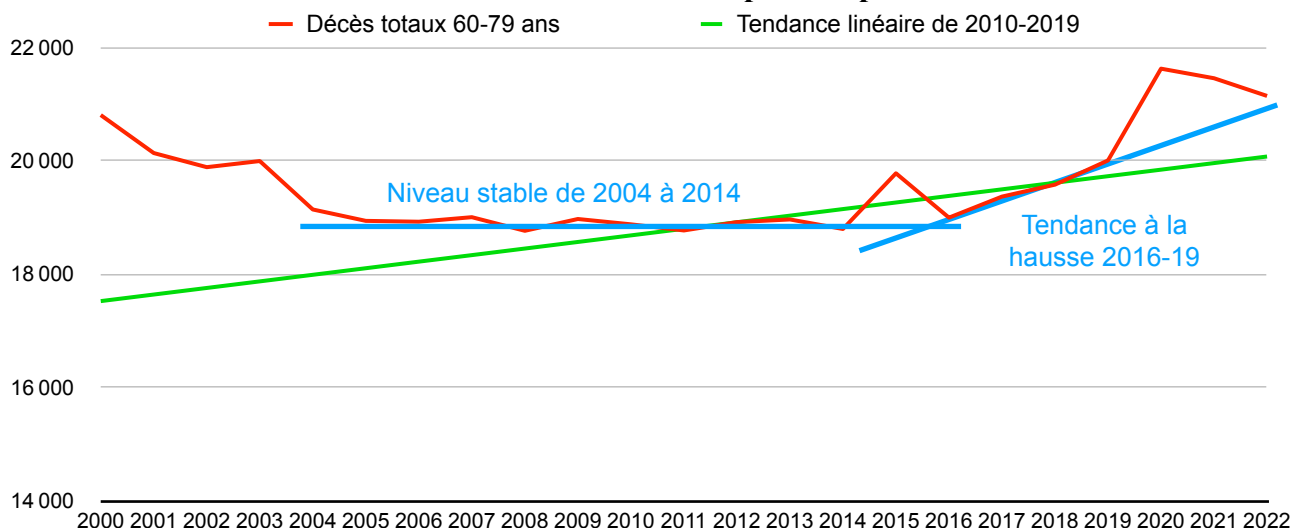
Evolution à long terme des taux de mortalité 40-59 ans



Graphique 9-31 (source OFS 9, 11)

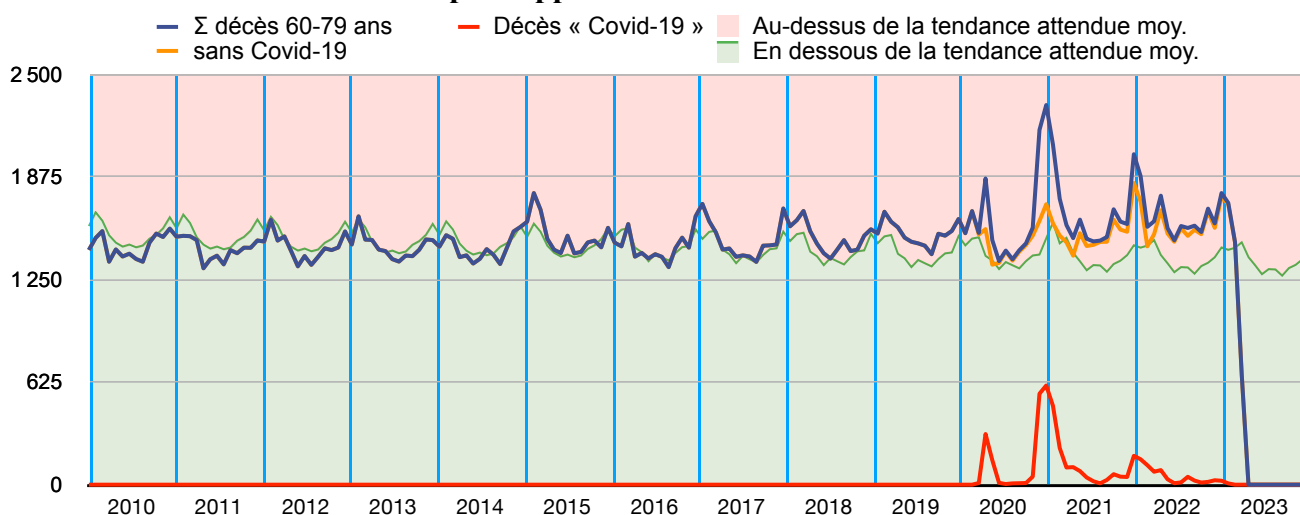
Des taux de mortalité impressionnants, en baisse constante d'un tiers depuis 1971, n'indiquent en rien une mortalité exceptionnelle liée à la pandémie. Les trois années de pandémie, ainsi que 2019, se situent au 4e rang des taux de mortalité les plus bas. Les 442 décès Covid-19 recensés au cours de ces trois ans de pandémie font partie d'un taux de mortalité particulièrement faible, totalement inaperçu, et n'ont aucune signification quant à une éventuelle situation de danger. Ils indiquent plutôt la coïncidence de tests positifs avec d'autres causes de décès, comme les accidents requalifiés en Covid-19 selon les critères de l'OMS dans le contexte de tests positifs.

Relation entre les décès et les tendances prévues pour les 60-79 ans



Graphique 9-32 (source OFS 9, 11)

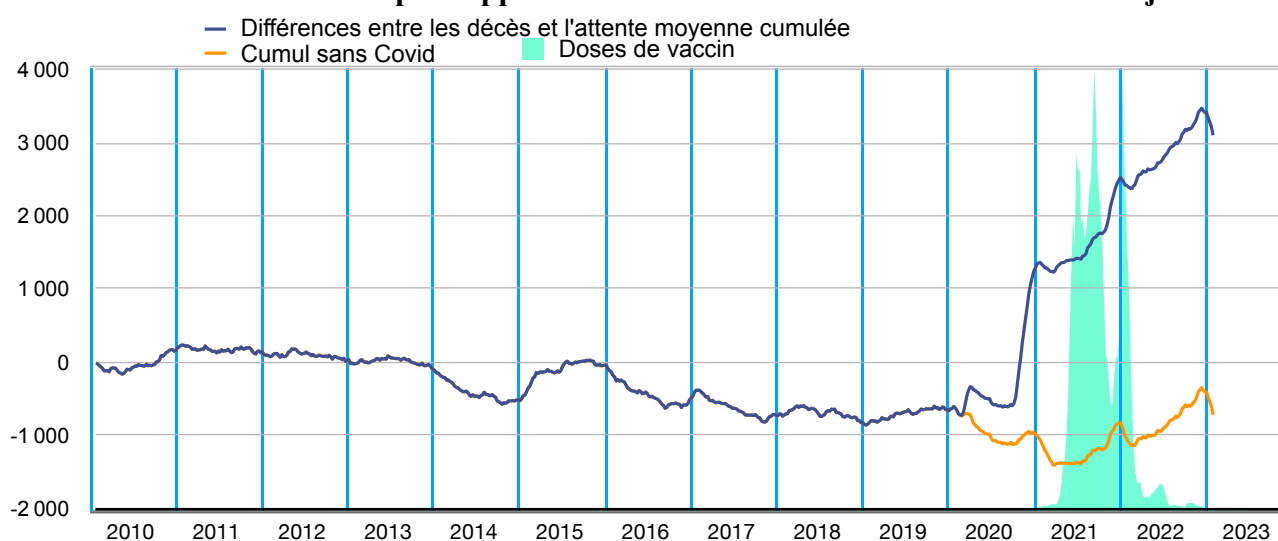
Décès 60-79 ans par rapport au modèle de tendance 2010-2019



Graphique 9-33 (source OFS 9, 11, OFS 4)

Décès des 60-69 ans par rapport au modèle de tendance 2010-2019

Différences cumulées par rapport à la valeur attendue selon tendance mise à jour



Graphique 9-34 (source OFS 9, 11, OFS 13)

L'évolution de la mortalité des 60 à 79 ans du graphique 9-32 ne peut pas vraiment être mise en relation avec la tendance linéaire 2010-2019. On observe 3 phases, malgré une croissance assez régulière du groupe d'âge : baisse 2000-2004, puis 10 ans de stabilité. On ne peut répondre définitivement à la question de savoir si une tendance à la hausse démarre depuis 2016, à partir de laquelle les deux premières années de pandémie se détachent.

Différence entre les décès annuels (rouge) et la tendance prévue (vert) 60-79 ans

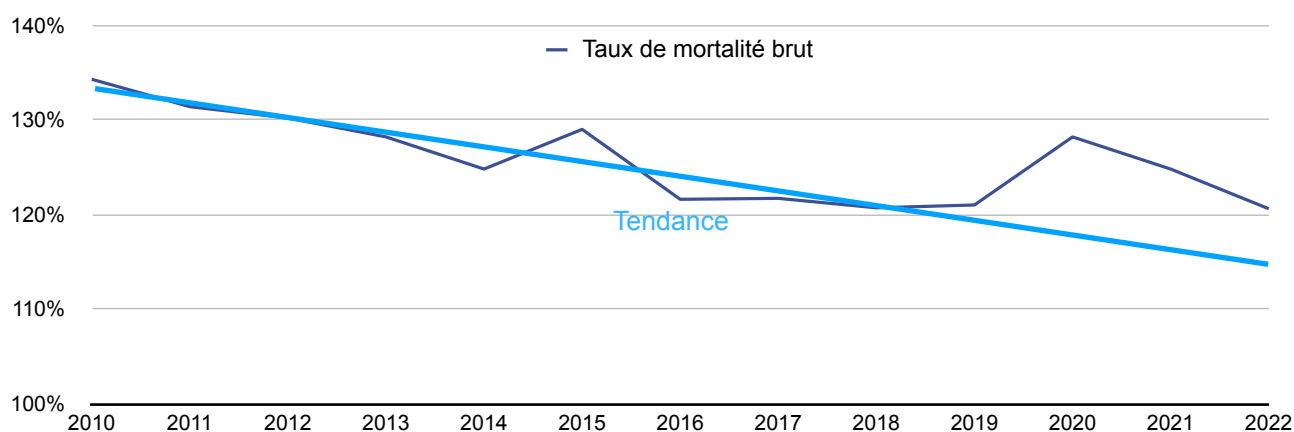
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hab.	1 406K	1 428K	1 453K	1 479K	1 507K	1 534K	1 562K	1 592K	1 622K	1 653K	1 687K	1 720K	1 754K
†	18 882	18 774	18 921	18 968	18 800	19 782	19 000	19 371	19 582	20 009	21 627	21 458	21 146
Taux	1,343	1,314	1,302	1,282	1,248	1,29	1,216	1,217	1,207	1,21	1,282	1,248	1,206
Trend	18 687	18 803	18 919	19 035	19 151	19 267	19 383	19 499	19 615	19 731	19 846	19 962	20 078
Δ	1,0%	-0,2%	0,0%	-0,4%	-1,9%	2,6%	-2,0%	-0,7%	-0,2%	1,4%	8,2%	7,0%	5,0%
Covid-19											2 025	1 218	575
Taux sans Covid-19 (%)											1,162	1,177	1,173

Tableau 9-14; (source OFS 9, 11)

La courbe cumulée des écarts à la tendance du graphique 9-34 montre une évolution assez plate de 2010 à 2020, avec quelques augmentations singulières, dont la plus élevée tout d'abord en 2015. L'augmentation relativement faible des décès lors de la 1ère vague d'avril 2020 prouve une fois de plus à quel point il est absurde de considérer le Covid-19 comme décès supplémentaire, car sans le Covid-19, la courbe serait même en baisse. L'augmentation fulgurante des décès à la fin de l'année 2020 apparaît très raide sur la courbe cumulée bleue, mais même après avoir soustrait les cas exorbitants de Covid-19, il reste une augmentation des décès qui ne peut pas être attribuée au Covid-19. A partir du milieu de l'année 2021, la mortalité sans Covid-19 ne peut plus être « transformée » en une mortalité décroissante. Cela coïncide avec la campagne de vaccination.

Les 3'818 décès attribués au Covid-19 de 2020 à 2022 sont nettement surestimés selon l'interprétation de la courbe cumulée, mais ne couvrent pas la différence des sommes de décès par rapport aux sommes de tendances de 2020-2022, qui s'élève à 4'344 décès. Il reste une différence à expliquer avec les décès avec test positif de 526 décès. La surmortalité en 2021 est temporellement liée à la campagne de vaccination.

Evolution du taux de mortalité brut 60-79 ans hommes et femmes



Graphique 9-35 (source OFS 9, 11)

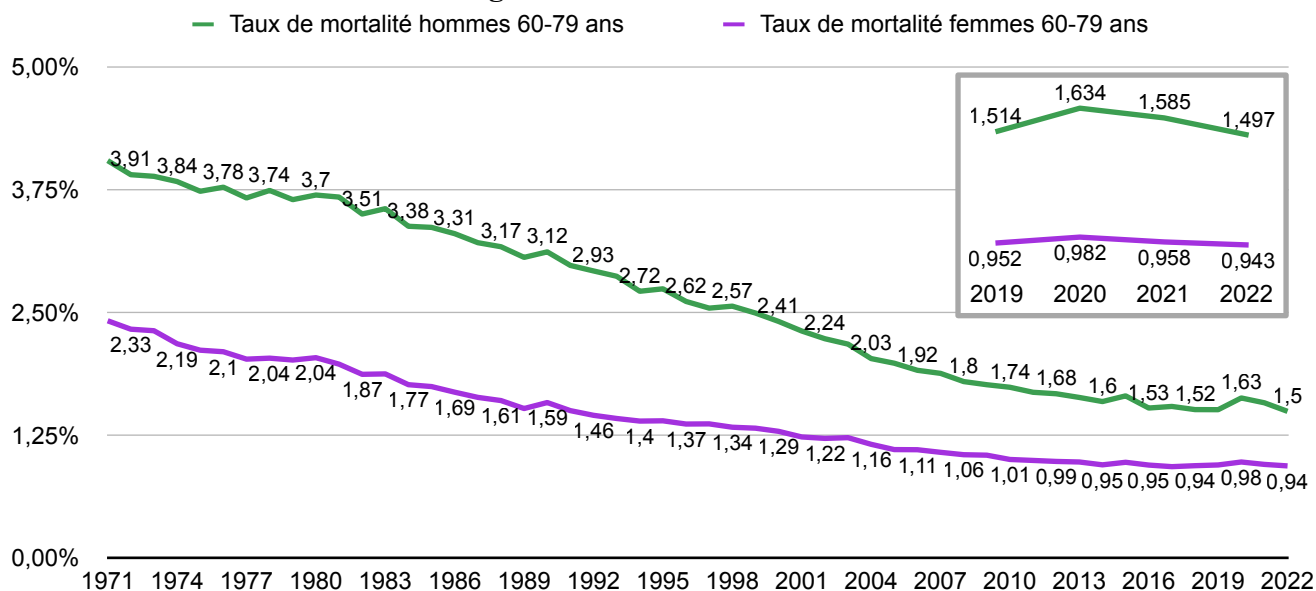
Les taux de mortalité bruts suivent la tendance à la baisse jusqu'en 2019, toutes les années de pandémie sont au-dessus.

Taux de mortalité par année 60-79 ans

Année	60-79 ans hommes				60-79 ans femmes				femmes + hommes	
	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Covid-19	Part Covid-19
2010	662 469	11 443	1,727%	1	743 120	7 439	1,001%	1		
2011	674 768	11 304	1,675%	2	753 621	7 470	0,991%	2		
2012	688 247	11 422	1,660%	3	764 953	7 499	0,980%	3		
2013	702 350	11 394	1,622%	5	777 110	7 574	0,975%	4		
2014	716 765	11 332	1,581%	7	789 780	7 468	0,946%	9		
2015	731 191	11 983	1,639%	4	802 567	7 799	0,972%	6		
2016	746 585	11 307	1,514%	10	815 605	7 693	0,943%	11		
2017	762 639	11 682	1,532%	9	829 670	7 689	0,927%	13		
2018	778 223	11 675	1,500%	11	844 068	7 907	0,937%	12		
2019	794 274	11 904	1,499%	12	859 054	8 105	0,943%	10		
2020	811 233	13 111	1,616%	6	875 386	8 516	0,973%	5	2 025	0,120%
2021	827 840	12 992	1,569%	8	891 873	8 466	0,949%	7	1 218	0,071%
2022	844 026	12 627	1,496%	13	899 912	8 519	0,947%	8	575	0,033%

Tableau 9-15; (source OFS 9, 11)

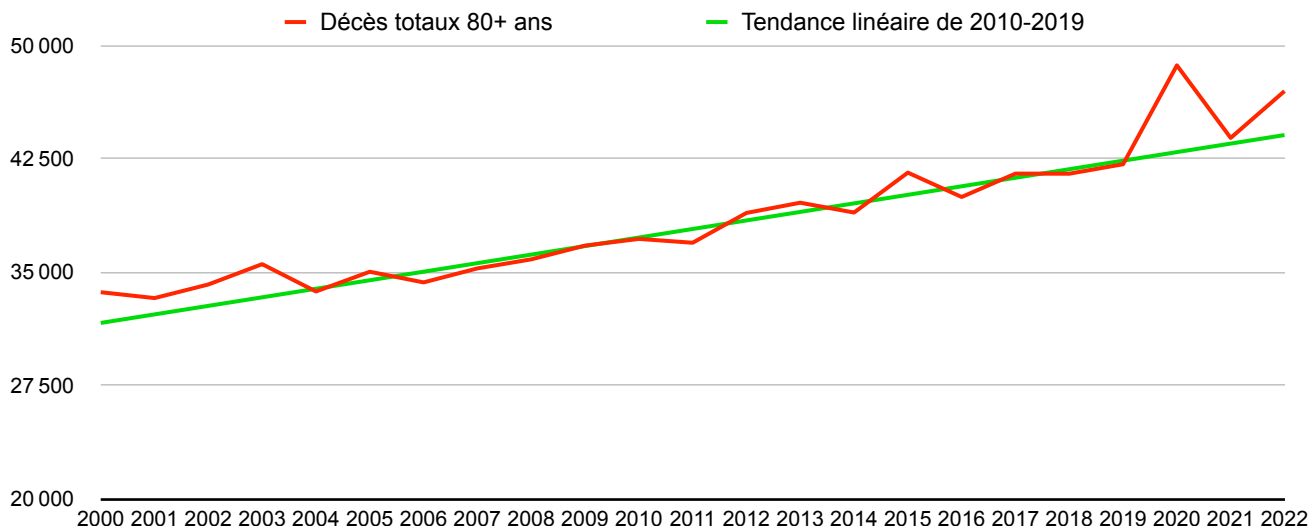
Evolution à long terme des taux de mortalité 60-79 ans



Graphique 9-36 (source OFS 9, 11)

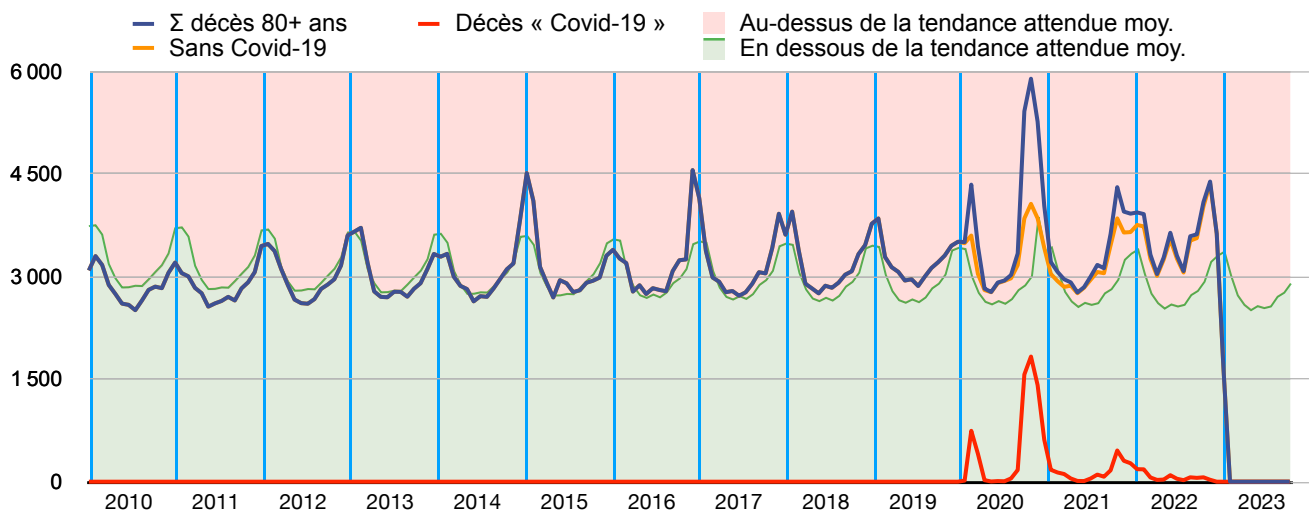
Chez les 60-79 ans, les taux de mortalité baissent aussi nettement depuis 1971, avec une division par 2,6 (hommes) et 2,5 chez les femmes. Chez les hommes, le taux 2020 est juste en dessous du niveau de 2012, au 6e rang, et chez les femmes, au 5e rang. Il faut admettre cette détérioration par rapport aux années précédentes, mais une situation de menace exceptionnelle laissait présager un tableau différent.

Relation entre les décès et les tendances prévues pour les 80+ ans



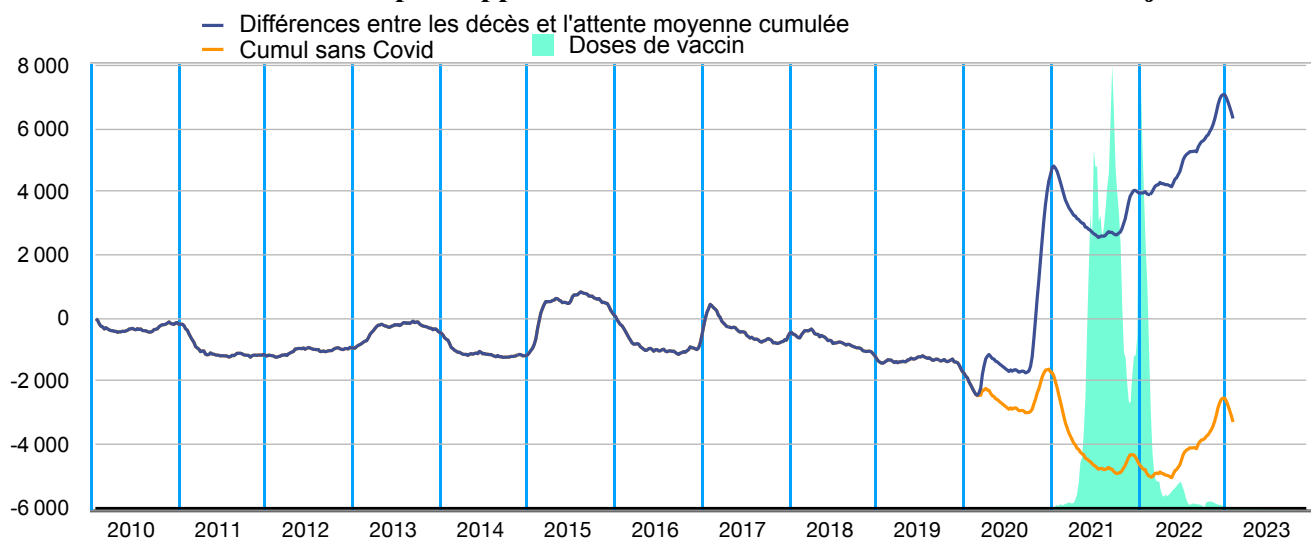
Graphique 9-37 (source OFS 9, 11)

Décès des 80+ par rapport au modèle de tendance 2010-2019



Graphique 9-38 (source OFS 9, 11, OFS 4)

Différences cumulées par rapport à la valeur attendue selon tendance mise à jour



Graphique 9-39 (source OFS 9, 11, OFS 13)

L'évolution linéaire de la tendance 2010-2019 est très convaincante chez les 80+ et peut être retracée jusqu'en 2004 (graphique 9-37). Avant les très remarquables valeurs extrêmes de 2020 et 2022, les décès 2015 s'écartent de 3,5 % de la tendance sur 10 ans. En 2020, l'augmentation à 11,8 % est fulgurante et après une normalisation en 2021, certainement due principalement à l'effet moisson, l'augmentation suivante vers la tendance jusqu'à la fin 2022 commence dès fin 2021. Sur le long terme, elle augmente presque autant qu'en 2020, avec 6,2 % en 2022.

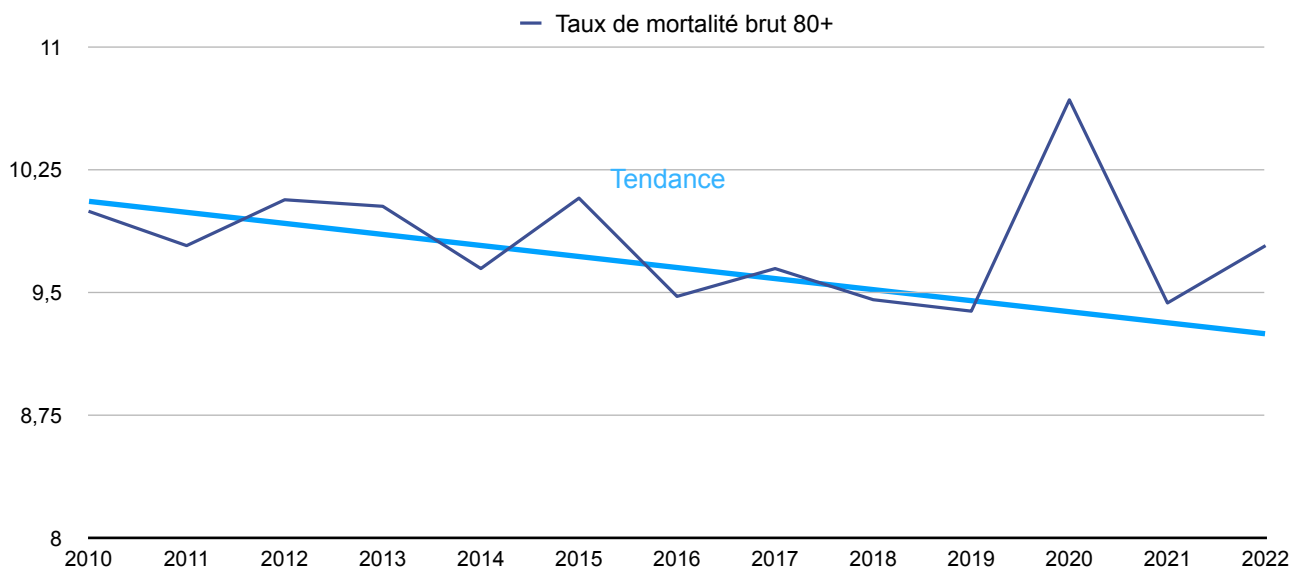
Différence entre les décès annuels (rouge) et la tendance prévue (vert) 80+ ans

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hab.	372K	378K	386K	395K	404K	413K	422K	430K	439K	449K	456K	465K	480K
†	37 212	36 957	38 928	39 605	38 954	41 594	39 983	41 529	41 523	42 150	48 687	43 890	46 985
Taux	10	9,79	10,07	10,03	9,65	10,08	9,48	9,65	9,46	9,39	10,68	9,44	9,79
Trend	37 302	37 867	38 432	38 996	39 561	40 126	40 691	41 255	41 820	42 385	42 950	43 514	44 079
Δ	-0,2%	-2,5%	1,3%	1,5%	-1,6%	3,5%	-1,8%	0,7%	-0,7%	-0,6%	11,8%	0,9%	6,2%
Covid-19											5 645	2 730	1 250
Taux sans Covid-19 (%)											9,44	8,85	9,53

Tableau 9-16; (source OFS 9, 11)

La courbe cumulée des écarts à la tendance montre à nouveau que les décès en hausse après retrait du Covid-19 baissent (courbe orange). Cela ne peut s'expliquer que par le fait qu'ils sont empruntés proportionnellement à la mortalité générale. Mais même sans Covid, une augmentation significative subsiste en 2020, attribuable en partie à d'autres causes de décès inexpliquées. Après la faible évolution en 2021, la hausse continue de la tendance en 2022 sans Covid-19 reste inexpliquée. Au vu de la campagne de vaccination précédente, on constate une évolution remarquable de la mortalité, comme le confirment les taux de mortalité bruts. Le succès de la vaccination semble donc douteux. Une discussion sur le rapport bénéfices/risque s'impose, car le Covid-19 ne peut en aucun cas être considéré comme un modèle exclusif et une cause de décès « supplémentaire ».

Évolution du taux brut de mortalité 80+ hommes et femmes



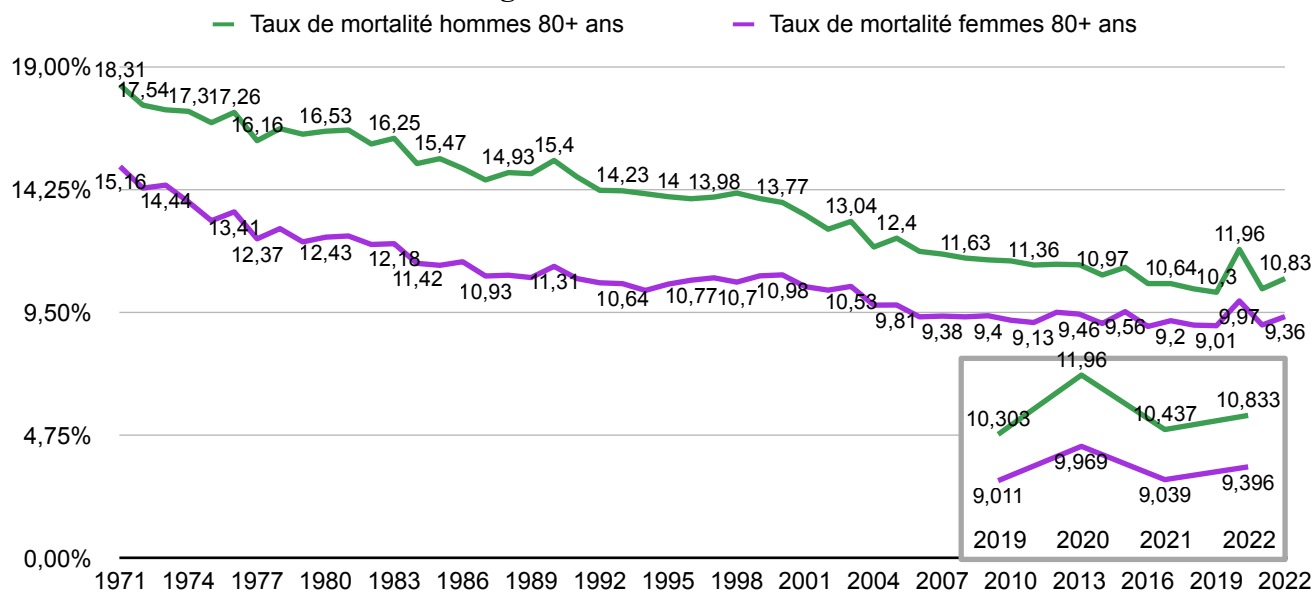
Graphique 9-40 (source OFS 9, 11)

Taux de mortalité par année 80+ans

Année	80+ ans hommes				80+ ans femmes				hommes + femmes	
	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Habitants	Décès totaux	Taux mortalité	Rang	Covid-19	Part Covid-19
2010	128 308	14 775	11,515%	2	243 296	22 437	9,222%	6		
2011	130 092	14 774	11,357%	5	242 854	22 183	9,134%	8		
2012	134 527	15 318	11,387%	3	247 759	23 610	9,529%	3		
2013	139 023	15 803	11,367%	4	251 640	23 802	9,459%	4		
2014	143 224	15 712	10,970%	7	255 497	23 242	9,097%	9		
2015	148 449	16 726	11,267%	6	260 252	24 868	9,555%	2		
2016	153 177	16 297	10,639%	9	263 690	23 686	8,983%	13		
2017	158 300	16 840	10,638%	10	268 252	24 689	9,204%	7		
2018	162 979	17 009	10,436%	12	271 357	24 514	9,034%	11		
2019	168 216	17 331	10,303%	13	275 436	24 819	9,011%	12		
2020	173 777	20 784	11,960%	1	279 893	27 903	9,969%	1	5 645	1,244%
2021	176 312	18 402	10,437%	11	281 977	25 488	9,039%	10	2 730	0,596%
2022	183 574	19 887	10,833%	8	288 413	27 098	9,396%	5	1 250	0,265%

Tableau 9-17; (source OFS 9, 11)

Evolution à long terme des taux de mortalité 80+ ans



Graphique 9-41 (source OFS 9, 11)

Même dans le groupe d'âge le plus élevé, on constate que les taux de mortalité de 1971 à 2000 étaient nettement supérieurs au niveau de la pandémie et que, par conséquent, même dans ce groupe d'âge particulièrement touché par le Covid-19, il n'est pas possible de mettre en évidence une mortalité exceptionnelle, sans précédent.

Mais si dans l'ensemble de la pandémie, sur 59 073 décès dans ce groupe d'âge, 9 625 ont été attribués au Covid-19, l'image est complètement déformée, si l'on prend en compte le tracé de la courbe orange (graphique 9-38). Cela empêche une analyse différenciée des effets mortels des mesures.

9.5. Taux de mortalité comparé aux les années précédentes à moyen et long terme

Décès, taux de mortalité et taux standardisé par groupes d'âge et par année civile

décès	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
0-4 ans	338	344	334	356	366	386	343	355	337	318	359	320	352
5-9 ans	27	41	31	36	21	32	22	27	31	38	30	30	34
10-14 ans	32	38	27	28	34	36	33	29	40	27	38	33	26
15-19 ans	115	92	96	104	93	94	76	83	98	75	87	90	91
20-24 ans	140	186	160	145	125	159	135	136	150	150	165	130	134
25-29 ans	182	183	162	188	183	178	201	183	170	163	169	207	163
30-34 ans	226	244	229	215	232	220	211	226	201	200	204	243	235
35-39 ans	322	309	292	308	290	286	295	311	301	272	327	270	320
40-44 ans	614	554	546	513	499	455	438	423	444	428	399	403	456
45-49 ans	1 005	1 067	942	977	830	888	801	800	799	680	736	658	676
50-54 ans	1 424	1 385	1 466	1 428	1 453	1 451	1 434	1 408	1 376	1 270	1 311	1 277	1 201
55-59 ans	2 034	1 917	2 039	2 090	2 058	2 045	1 992	2 090	2 036	2 000	2 056	2 183	2 104
60-64 ans	3 022	2 877	2 946	2 828	2 706	2 824	2 738	2 675	2 816	2 761	2 907	3 063	2 899
65-69 ans	4 013	4 104	4 137	4 096	4 138	4 172	3 992	3 894	3 847	3 798	3 897	4 027	4 036
70-74 ans	4 746	4 776	4 965	5 216	5 247	5 639	5 551	5 624	5 597	5 875	6 185	5 890	5 621
75-79 ans	7 101	7 017	6 873	6 828	6 709	7 147	6 719	7 178	7 322	7 575	8 638	8 478	8 614
80-84 ans	10 380	10 040	10 337	10 354	10 073	10 471	10 155	10 140	10 109	10 118	11 386	10 419	11 258
85-89 ans	12 598	12 513	12 834	13 074	12 918	13 354	12 948	13 444	13 275	13 360	15 707	13 734	14 498
90+ ans	14 234	14 404	15 757	16 177	15 963	17 769	16 880	17 945	18 139	18 672	21 594	19 737	21 255
Σ décès	62 553	62 091	64 173	64 961	63 938	67 606	64 964	66 971	67 088	67 780	76 195	71 192	73 973
habitants	30.06.10	30.06.11	30.06.12	30.06.13	30.06.14	30.06.15	30.06.16	30.06.17	30.06.18	30.06.19	30.06.20	30.06.21	30.06.22
0-4 ans	386 400	394 362	401 272	408 030	414 953	420 663	426 573	431 929	435 812	437 788	437 407	437 844	434 102
5-9 ans	382 215	384 459	387 963	393 902	401 250	409 008	416 857	423 470	428 394	432 826	437 517	442 510	447 354
10-14 ans	417 404	413 912	408 392	404 509	402 427	401 216	402 462	406 624	412 195	418 719	425 672	432 603	438 784
15-19 ans	453 262	449 757	445 299	441 969	440 003	438 741	437 593	433 957	428 576	423 996	421 155	421 643	423 626
20-24 ans	477 926	488 292	494 845	498 525	498 637	497 181	495 792	492 122	486 077	481 474	478 842	474 892	467 204
25-29 ans	514 266	524 578	530 031	537 733	547 326	556 016	564 584	570 699	571 053	567 568	562 900	558 042	555 170
30-34 ans	529 996	540 813	552 990	564 948	576 591	585 866	592 692	597 498	602 693	609 286	616 270	623 442	631 387
35-39 ans	564 931	556 405	553 988	556 829	563 146	572 965	584 775	595 533	604 717	612 901	619 933	625 652	630 682
40-44 ans	638 286	629 506	620 216	610 401	601 536	593 964	587 199	583 201	582 977	585 970	593 887	604 886	615 537
45-49 ans	642 904	656 711	665 108	667 982	665 177	658 173	649 462	639 138	627 123	615 409	606 014	598 622	593 766
50-54 ans	558 182	574 334	591 178	610 736	632 044	650 195	663 408	671 069	672 121	666 982	658 713	649 646	640 597
55-59 ans	484 338	493 266	505 908	519 634	535 306	551 870	568 045	583 850	601 310	620 376	637 260	649 915	658 161
60-64 ans	458 671	458 582	457 789	458 469	461 100	466 233	474 844	486 041	497 451	510 438	524 863	539 357	554 532
65-69 ans	390 148	404 126	415 587	423 796	428 991	432 075	431 981	429 930	428 744	429 304	432 763	439 899	449 815
70-74 ans	301 874	307 949	319 403	333 714	348 899	363 988	377 745	388 301	395 239	399 104	401 153	400 632	398 653
75-79 ans	254 896	257 733	260 421	263 481	267 555	271 463	277 621	288 038	300 857	314 482	327 840	339 827	350 928
80-84 ans	192 982	195 932	199 464	202 999	206 527	210 002	213 237	216 084	219 015	222 673	225 800	231 098	240 337
85-89 ans	120 166	121 873	124 013	126 171	128 747	131 774	134 932	138 184	141 357	144 547	146 726	148 706	151 524
90+ ans	59 127	59 812	62 998	65 523	68 438	71 009	73 541	76 177	78 623	81 442	83 454	85 335	88 124
Σ population	7 827 970	7 912 398	7 996 861	8 089 346	8 188 649	8 282 396	8 373 338	8 451 840	8 514 329	8 575 280	8 638 167	8 704 546	8 770 283
taux mortalité	calcul des taux de mortalité en % par groupes d'âge et année civile										années de pandémie		
0-4 ans	0,087%	0,087%	0,083%	0,087%	0,088%	0,092%	0,080%	0,082%	0,077%	0,073%	0,082%	0,073%	0,081%
5-9 ans	0,007%	0,011%	0,008%	0,009%	0,005%	0,008%	0,005%	0,006%	0,007%	0,009%	0,007%	0,007%	0,008%
10-14 ans	0,008%	0,009%	0,007%	0,007%	0,008%	0,009%	0,008%	0,007%	0,010%	0,006%	0,009%	0,008%	0,006%
15-19 ans	0,025%	0,020%	0,022%	0,024%	0,021%	0,021%	0,017%	0,019%	0,023%	0,018%	0,021%	0,021%	0,021%
20-24 ans	0,029%	0,038%	0,032%	0,029%	0,025%	0,032%	0,027%	0,028%	0,031%	0,031%	0,034%	0,027%	0,029%
25-29 ans	0,035%	0,035%	0,031%	0,035%	0,033%	0,032%	0,036%	0,032%	0,030%	0,029%	0,030%	0,037%	0,029%
30-34 ans	0,043%	0,045%	0,041%	0,038%	0,040%	0,038%	0,036%	0,038%	0,033%	0,033%	0,033%	0,039%	0,037%
35-39 ans	0,057%	0,056%	0,053%	0,055%	0,051%	0,050%	0,050%	0,052%	0,050%	0,044%	0,053%	0,043%	0,051%
40-44 ans	0,096%	0,088%	0,088%	0,084%	0,083%	0,077%	0,075%	0,073%	0,076%	0,073%	0,067%	0,067%	0,074%
45-49 ans	0,156%	0,162%	0,142%	0,146%	0,125%	0,135%	0,123%	0,125%	0,127%	0,110%	0,121%	0,110%	0,114%
50-54 ans	0,255%	0,241%	0,248%	0,234%	0,230%	0,223%	0,216%	0,210%	0,205%	0,190%	0,199%	0,197%	0,187%
55-59 ans	0,420%	0,389%	0,403%	0,402%	0,384%	0,371%	0,351%	0,358%	0,339%	0,322%	0,323%	0,336%	0,320%
60-64 ans	0,659%	0,627%	0,644%	0,617%	0,587%	0,606%	0,577%	0,550%	0,566%	0,541%	0,554%	0,568%	0,523%
65-69 ans	1,029%	1,016%	0,995%	0,967%	0,965%	0,966%	0,924%	0,906%	0,897%	0,885%	0,900%	0,915%	0,897%
70-74 ans	1,57%	1,55%	1,55%	1,56%	1,50%	1,55%	1,47%	1,45%	1,42%	1,47%	1,54%	1,47%	1,41%
75-79 ans	2,79%	2,72%	2,64%	2,59%	2,51%	2,63%	2,42%	2,49%	2,43%	2,41%	2,63%	2,49%	2,45%
80-84 ans	5,38%	5,12%	5,18%	5,10%	4,88%	4,99%	4,76%	4,69%	4,62%	4,54%	5,04%	4,51%	4,68%
85-89 ans	10,5%	10,3%	10,3%	10,4%	10,0%	10,1%	9,6%	9,7%	9,4%	9,2%	10,7%	9,2%	9,6%
90+ ans	24,1%	24,1%	25,0%	24,7%	23,3%	25,0%	23,0%	23,6%	23,1%	22,9%	25,9%	23,1%	24,1%
taux mortalité standard.	932,5	912,7	920,6	910,0	872,7	901,8	845,5	851,6	833,7	822,4	907,3	831,8	843,5
Rang	1	3	2	4	7	6	9	8	11	13	5	12	10

1 = pire rang ; 13 = meilleur rang (années de pandémie encadrées en rouge)

** Taux de mortalité population au 30.06.2022 standardisé selon l'âge*

Tableau 9-18; (source OFS 1, 9 – situation 21.03.2023)

Classement des taux de mortalité par groupes d'âge et évolution du nombre d'habitants

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	modification habitants
0-4 ans	3	5	6	4	2	1	10	7	11	13	8	12	9	12,3%
5-9 ans	8	1	4	2	13	5	12	11	7	3	9	10	6	17,0%
10-14 ans	7	2	11	10	5	3	6	9	1	12	4	8	13	5,1%
15-19 ans	1	10	4	2	8	6	13	11	3	12	9	7	5	-6,5%
20-24 ans	7	1	3	8	13	4	12	10	6	5	2	11	9	-2,2%
25-29 ans	3	5	9	4	6	8	2	7	11	13	10	1	12	8,0%
30-34 ans	2	1	3	6	4	8	10	7	11	13	12	5	9	19,1%
35-39 ans	1	2	5	3	7	10	9	6	11	12	4	13	8	11,6%
40-44 ans	1	3	2	4	5	6	8	11	7	10	12	13	9	-3,6%
45-49 ans	2	1	4	3	8	5	9	7	6	12	10	13	11	-7,6%
50-54 ans	1	3	2	4	5	6	7	8	9	12	10	11	13	14,8%
55-59 ans	1	4	2	3	5	6	8	7	9	12	11	10	13	35,9%
60-64 ans	1	3	2	4	6	5	7	11	9	12	10	8	13	20,9%
65-69 ans	1	2	3	4	6	5	7	9	11	13	10	8	12	15,3%
70-74 ans	1	4	3	2	7	5	10	11	12	8	6	9	13	32,1%
75-79 ans	1	2	3	6	7	5	12	9	11	13	4	8	10	37,7%
80-84 ans	1	3	2	4	7	6	8	9	11	12	5	13	10	24,5%
85-89 ans	2	5	4	3	7	6	9	8	11	12	1	13	10	26,1%
90+ ans	7	6	3	4	9	2	12	8	11	13	1	10	5	49,0%

Tableau 9-19; (source OFS 1, 9, années de pandémie encadrées en rouge)

La colonne de droite montre les changements démographiques par groupe d'âge 2010-2022 en milieu d'année, comme prescrit pour la standardisation selon l'âge. La croissance considérable des 5 groupes les plus âgés, à partir de 70 ans, 24,5-49 %, laisse présager une forte augmentation des décès, qui doit être prise en compte dans toute prévision ou analyse finale. Le classement des taux de mortalité sous forme de carte de chaleur illustre l'amélioration générale des risques de décès des différents groupes d'âge. Seuls les deux groupes les plus âgés sont concernés par le risque de mortalité le plus élevé (rang 1) en 2020. L'amélioration générale en 2021 met en évidence une nette détérioration dans les groupes d'âge 15-19 ans et 25-34 ans, qui occupent le 1er rang.

Décès et taux de mortalité par groupes d'âge d'année civile depuis 1971

décès	1971	1980	1990	2000	2010	2015	2020	2021	2022
0-4 ans	1 703	788	683	451	338	386	359	320	352
5-9 ans	274	122	71	47	27	32	30	30	34
10-14 ans	183	126	74	67	32	36	38	33	26
15-19 ans	376	331	253	151	115	94	87	90	91
20-24 ans	524	548	498	280	140	159	165	130	134
25-29 ans	463	418	614	333	182	178	169	207	163
30-34 ans	406	449	592	385	226	220	204	243	235
35-39 ans	615	590	609	567	322	286	327	270	320
40-44 ans	862	751	827	751	614	455	399	403	456
45-49 ans	1 367	1 152	1 195	1 016	1 005	888	736	658	676
50-54 ans	1 813	1 693	1 546	1 618	1 424	1 451	1 311	1 277	1 201
55-59 ans	2 854	2 751	2 229	2 366	2 034	2 045	2 056	2 183	2 104
60-64 ans	4 632	3 534	3 410	2 894	3 022	2 824	2 907	3 063	2 899
65-69 ans	6 444	5 551	4 897	4 042	4 013	4 172	3 897	4 027	4 036
70-74 ans	8 289	8 143	6 165	5 651	4 746	5 639	6 185	5 890	5 621
75-79 ans	9 189	9 952	9 353	8 222	7 101	7 147	8 638	8 478	8 614
80-84 ans	8 591	10 142	11 659	9 985	10 380	10 471	11 386	10 419	11 258
85-89 ans	6 167	7 525	11 102	11 683	12 598	13 354	15 707	13 734	14 498
90+ ans	3 104	4 531	7 962	12 019	14 234	17 769	21 594	19 737	21 255
Σ décès	57 856	59 097	63 739	62 528	62 553	67 606	76 195	71 192	73 973
habitants	30.06.71	30.06.80	30.06.90	30.06.00	30.06.10	30.06.15	30.06.20	30.06.21	30.06.22
0-4 ans	491 837	356 121	390 630	399 321	386 400	420 663	437 407	437 844	434 102
5-9 ans	513 749	407 143	381 741	424 877	382 215	409 008	437 517	442 510	447 354
10-14 ans	469 068	484 266	375 133	423 930	417 404	401 216	425 672	432 603	438 784
15-19 ans	447 692	504 618	427 343	415 979	453 262	438 741	421 155	421 643	423 626
20-24 ans	485 816	464 871	509 762	414 067	477 926	497 181	478 842	474 892	467 204
25-29 ans	505 127	462 739	554 061	476 625	514 266	556 016	562 900	558 042	555 170
30-34 ans	441 904	503 330	528 255	581 145	529 996	585 866	616 270	623 442	631 387
35-39 ans	416 103	473 345	500 724	615 036	564 931	572 965	619 933	625 652	630 682
40-44 ans	390 643	407 685	512 103	552 814	638 286	593 964	593 887	604 886	615 537
45-49 ans	373 711	389 699	468 817	499 598	642 904	658 173	606 014	598 622	593 766
50-54 ans	321 911	365 037	393 822	492 798	558 182	650 195	658 713	649 646	640 597
55-59 ans	321 987	346 231	364 215	436 128	484 338	551 870	637 260	649 915	658 161
60-64 ans	314 335	279 416	327 788	350 210	458 671	466 233	524 863	539 357	554 532
65-69 ans	268 106	281 961	297 397	313 476	390 148	432 075	432 763	439 899	449 815
70-74 ans	204 845	246 986	227 459	272 483	301 874	363 988	401 153	400 632	398 653
75-79 ans	134 973	181 096	206 057	228 318	254 896	271 463	327 840	339 827	350 928
80-84 ans	72 804	105 657	146 248	146 594	192 982	210 002	225 800	231 098	240 337
85-89 ans	30 036	44 804	73 703	95 229	120 166	131 774	146 726	148 706	151 524
90+ ans	8 761	14 409	27 020	45 626	59 127	71 009	83 454	85 335	88 124
Σ population	6 213 404	6 319 408	6 712 272	7 184 250	7 827 970	8 282 396	8 638 167	8 704 546	8 770 283
taux mortalité	calcul des taux de mortalité en % par groupes d'âge et année civile						années de pandémie		
0-4 ans	0,346%	0,221%	0,175%	0,113%	0,087%	0,092%	0,082%	0,073%	0,081%
5-9 ans	0,053%	0,030%	0,019%	0,011%	0,007%	0,008%	0,007%	0,007%	0,008%
10-14 ans	0,039%	0,026%	0,020%	0,016%	0,008%	0,009%	0,009%	0,008%	0,006%
15-19 ans	0,084%	0,066%	0,059%	0,036%	0,025%	0,021%	0,021%	0,021%	0,021%
20-24 ans	0,108%	0,118%	0,098%	0,068%	0,029%	0,032%	0,034%	0,027%	0,029%
25-29 ans	0,092%	0,090%	0,111%	0,070%	0,035%	0,032%	0,030%	0,037%	0,029%
30-34 ans	0,092%	0,089%	0,112%	0,066%	0,043%	0,038%	0,033%	0,039%	0,037%
35-39 ans	0,148%	0,125%	0,122%	0,092%	0,057%	0,050%	0,053%	0,043%	0,051%
40-44 ans	0,221%	0,184%	0,161%	0,136%	0,096%	0,077%	0,067%	0,067%	0,074%
45-49 ans	0,366%	0,296%	0,255%	0,203%	0,156%	0,135%	0,121%	0,110%	0,114%
50-54 ans	0,563%	0,464%	0,393%	0,328%	0,255%	0,223%	0,199%	0,197%	0,187%
55-59 ans	0,886%	0,795%	0,612%	0,543%	0,420%	0,371%	0,323%	0,336%	0,320%
60-64 ans	1,474%	1,265%	1,040%	0,826%	0,659%	0,606%	0,554%	0,568%	0,523%
65-69 ans	2,404%	1,969%	1,647%	1,289%	1,029%	0,966%	0,900%	0,915%	0,897%
70-74 ans	4,05%	3,30%	2,71%	2,07%	1,57%	1,55%	1,54%	1,47%	1,41%
75-79 ans	6,81%	5,50%	4,54%	3,60%	2,79%	2,63%	2,63%	2,49%	2,45%
80-84 ans	11,80%	9,60%	7,97%	6,81%	5,38%	4,99%	5,04%	4,51%	4,68%
85-89 ans	20,5%	16,8%	15,1%	12,3%	10,5%	10,1%	10,7%	9,2%	9,6%
90+ ans	35,4%	31,4%	29,5%	26,3%	24,1%	25,0%	25,9%	23,1%	24,1%
taux mortalité standard.	1 909,5	1 590,7	1 375,5	1 136,2	932,5	901,8	907,3	831,8	843,5
Rang	1	2	3	4	5	7	6	9	8

1 = pire rang ; 9 = meilleur rang, années de pandémie encadrées en rouge
Tableau 9-20; (source OFS 1, 9, état : 21.03.2023)

Le risque de décès en Suisse a diminué de moitié depuis 1980. Si les taux étaient restés les mêmes qu'en 1971, 160 696 personnes seraient décédées en Suisse en 2020, soit 2,1 fois plus qu'en 2020 !

9.6. Comparaison des méthodes de calcul de la surmortalité

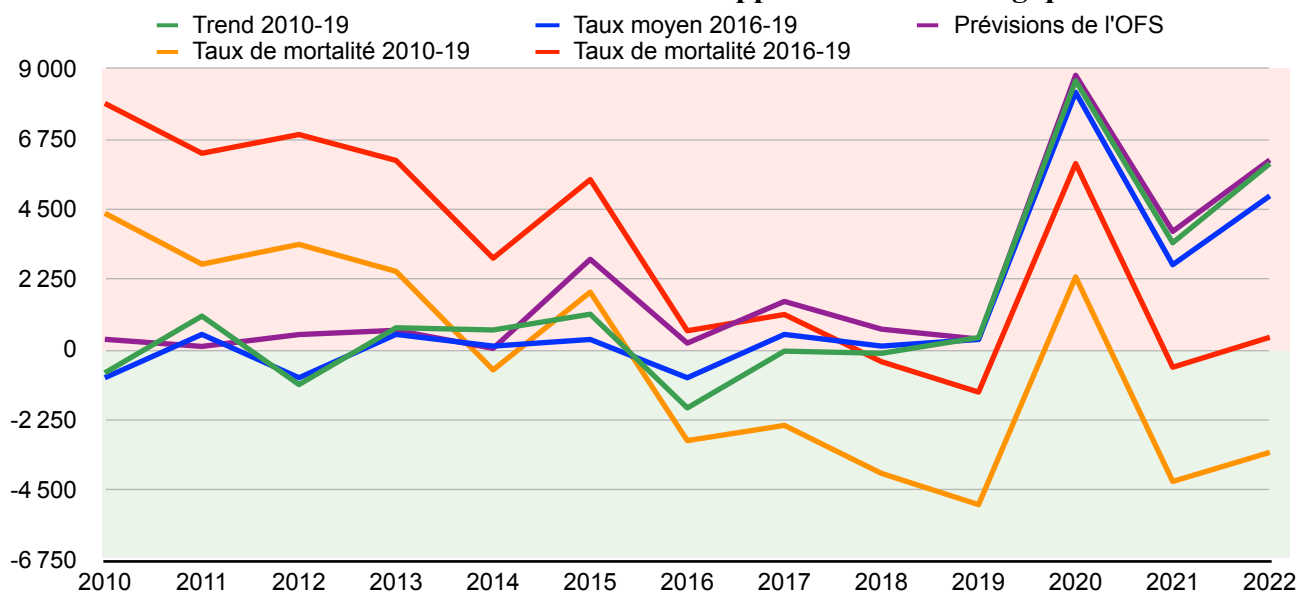
« Surmortalité »: cinq approches méthodologiques comparées

Tous les groupes d'âge	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Habitants	8 373K	8 452K	8 373K	8 452K	8 514K	8 575K	8 373K	8 452K	8 514K	8 575K	8 638K	8 705K	8 770K
Décès	64 964	66 971	64 964	66 971	67 088	67 780	64 964	66 971	67 088	67 780	76 195	71 192	73 915
Evolution tendance † 2010-2019	65 712	65 899	66 086	66 273	66 461	66 648	66 835	67 022	67 209	67 396	67 583	67 770	67 957
Taux brut de mortalité	0,776%	0,792%	0,776%	0,792%	0,788%	0,790%	0,776%	0,792%	0,788%	0,790%	0,882%	0,818%	0,843%
Taux mortalité/cent mille	932,5	912,7	920,6	910,0	872,7	901,8	845,5	851,6	833,7	822,4	907,3	831,8	842,8
1. Diff. avec la tendance 2010-19	-748	1 072	-1 122	698	627	1 132	-1 871	-51	-121	384	8 612	3 422	5 958
2. Diff. taux Ø 2016-2019	-904	485	-904	485	110	323	-904	485	110	323	8 243	2 718	4 924
3. Diff. avec prévisions OFS	328	99	480	616	35	2 892	205	1 542	653	336	8 790	3 785	6 076
* 4. Diff. avec taux mortalité 2010-19	4 367	2 735	3 369	2 505	-653	1 840	-2 919	-2 431	-3 969	-4 970	2 327	-4 227	-3 295
* 5. Diff. avec taux mortalité 2016-19	7 888	6 289	6 890	6 059	2 927	5 446	602	1 123	-389	-1 364	5 959	-567	393

Tableau 9-21; (source OFS 11)

* Différence taux de mortalité par rapport à la moyenne de la période convertie en population de l'année en question

Visualisation des différences entre les approches méthodologiques



Graphique 9-42 (source OFS 9, 11)

Ioannidis et al. soulignent le problème de la discussion sur la surmortalité au regard d'une construction mal définie dans une analyse multiverse sur les estimations de la surmortalité 2009-2021.²¹ Le professeur Oliver Hirsch fournit une contribution détaillée de l'état de la discussion scientifique dans son livre « Hintergründe zum Konstrukt Übersterblichkeit »²²

Le tableau 9-21 présente le calcul des différences entre les décès et les valeurs attendues calculées selon 5 méthodes. Une visualisation des résultats se trouve dans le graphique 9-42. Les méthodes suivantes y sont comparées :

1. Différences avec la tendance prévue à plus long terme des décès 2010-2019 (vert)

²¹ Levitt, M., Zonta, F. & Ioannidis, J. P. A. Excess death estimates from multiverse analysis in 2009-2021. medRxiv : The Preprint Server for Health Sciences, 1-46. <https://doi.org/10.1101/2022.09.21.22280219>

²² Prof. Dr. O. Hirsch: Hintergründe zum Konstrukt Übersterblichkeit, ISBN-13 : 979-8387657382

2. Différences à la moyenne des taux de mortalité bruts 2016-2019 (bleu).
3. Différences entre les décès et les prévisions de l'OFS (violet).
4. Différences entre les taux de mortalité standardisés selon l'âge au milieu de 2022 et la moy. de la période 2010-2019 (orange).
5. Différences entre les taux de mortalité standardisés selon l'âge au milieu de 2022 et la moyenne de la période aux taux de mortalité les plus bas, 2016-2019 (rouge).

Présenter les différences absolues des modèles méthodologiques comme « surmortalité » est très problématique, car les résultats 2019, 2021 et 2022 diffèrent de jusqu'à 7000 décès selon la méthode utilisée entre sous- et surmortalité. À cet égard, il faut se reporter aux sources d'erreurs statistiques mises en évidence par le professeur Hirsch, notamment une standardisation insuffisante de l'évolution démographique.

Les modèles des méthodes 1 à 3 s'orientent vers une tendance à la hausse des décès, alors que les méthodes 4 et 5, basées sur des taux standardisés selon l'âge, affichent une tendance à la baisse de ces taux, comme le démontre également l'OFS dans sa statistique des causes de décès 2020 (voir graphique 9-2). Cependant, le calcul prévisionnel de l'OFS s'oriente vers une tendance à la hausse des décès, qui sont soumis à de fortes fluctuations.

Si les décès de 2021 et 2022 sont présentés comme une surmortalité par rapport à la tendance, cela ne tient pas compte du fait que la majorité des groupes d'âge de ces deux années présentent des taux de mortalité très bas, voire dix fois plus bas que ceux de 2010-2018. Ce n'est pas un critère de surmortalité, même avec une unique valeur maximale chez les 25-29 ans. (cf. tableau 9-17).

Les méthodes 4 et 5 représentent les différences entre les taux de mortalité standardisés selon l'âge et les différentes périodes de référence de l'OMS. Un facteur déterminant de la tendance, à savoir les changements démographiques radicaux, est éliminé par la standardisation selon l'âge et ouvre ainsi la vue sur les changements liés à d'autres risques de mortalité.

Critique de la méthode : le jeu des prévisions attendues

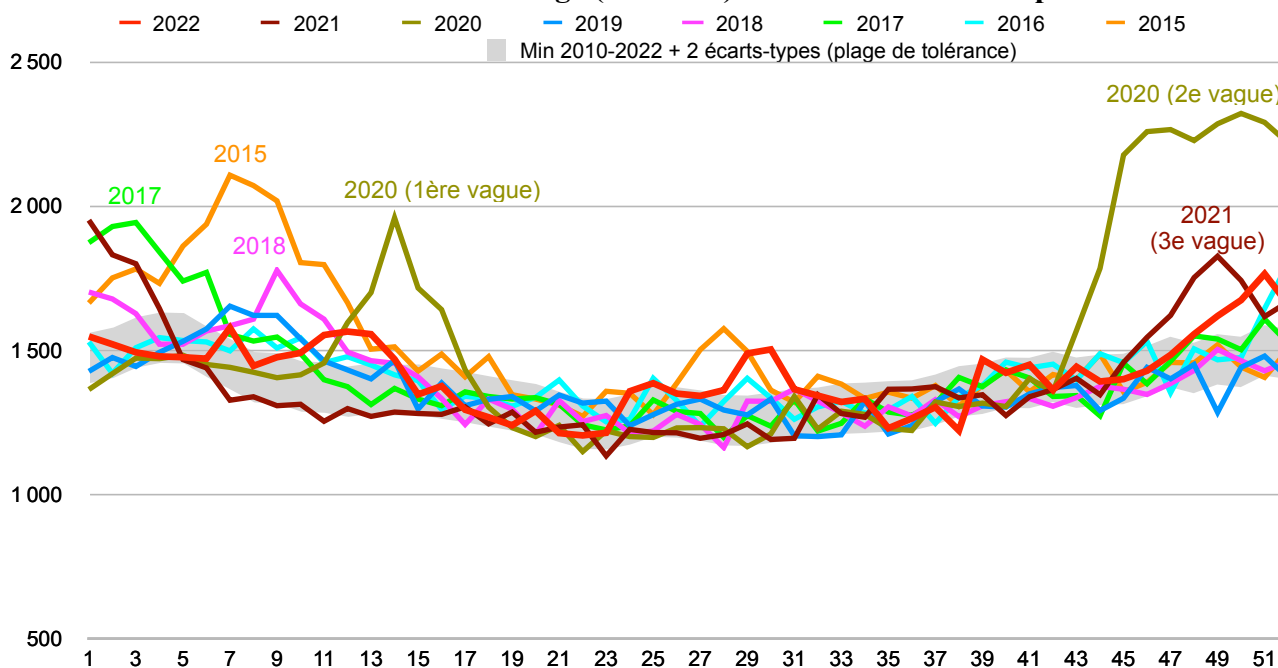
L'évolution des tendances est un point de départ pour classer grosso modo les tendances de l'évolution. D'un point de vue méthodologique, il est très problématique que l'OFS ait abandonné depuis 2021 cette approche méthodologique sur laquelle se basaient jusqu'à présent ses prévisions générales. Il manque ainsi un point de référence solide de comparaison réaliste entre les prévisions et l'évolution réelle. Pour les médias et le public qui se basent sur ces informations, il faudrait au final clarifier les hypothèses erronées et les changements de méthode qui font que les décès semblent beaucoup trop élevés ou normaux.

Face à l'absence de consensus quant à une méthodologie stable, l'option la plus fiable et la moins sujette aux erreurs est la comparaison de l'évolution annuelle à l'aide du **classement** des « différences de surmortalité ». Alors que 2017-2022 fournit des classements identiques quelle que soit la méthode, la comparaison à plus long terme révèle un problème fondamental : la méthodologie des tendances suggère que les taux de mortalité des années précédentes sont inférieurs, alors que la standardisation selon l'âge basée sur les taux indique clairement que la mortalité a diminué. La classification standardisée de l'évolution actuelle montre clairement que proportionnellement, moins de personnes sont décédées. Il est incompréhensible que l'OFS n'utilise pas et ne communique pas cette méthodologie de manière cohérente et qu'il fonde ses calculs sur la population standard obsolète de 1976.

10. Analyse de la mortalité par année civile ou saisonnière ?

Ce graphique montre que pour comparer l'évolution des décès en hiver, il est plus approprié et plus pertinent de procéder à une analyse saisonnière que par année civile.

Taux de mortalité standardisé selon l'âge (CH 2021) - Observation en comparaison annuelle

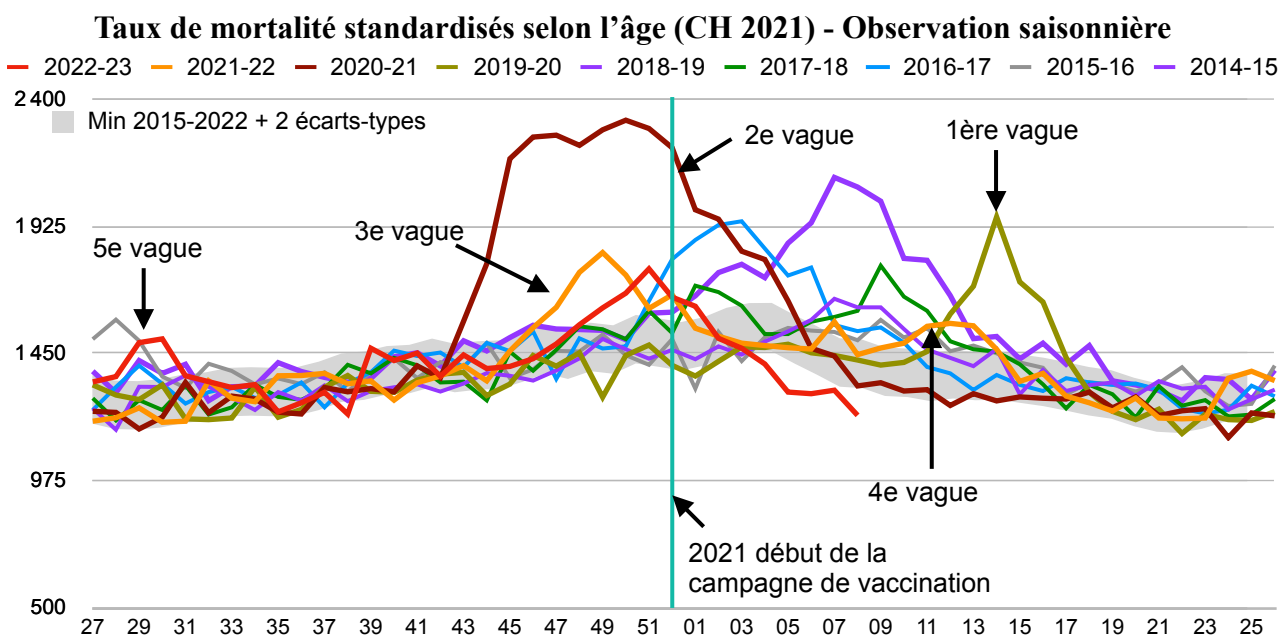


Graphique 10-1; (source OFS 9, situation : 07.03.2023)

Le graphique 10-1 montre les taux de mortalité annuels standardisés sur la population au milieu de l'année 2021 (CH 2021, semaines 1 à 52) devant une « plage de tolérance » grise alignée sur le minimum des années précédentes, qui sert de repère visé d'évolution attendue de la mortalité. Après la surmortalité de l'hiver 2020/2021 ait été suivie d'une phase de mortalité bien inférieure à la moyenne (effet moisson), semaines 07 à 15, cette plage de tolérance s'oriente ici aussi vers des valeurs minimales exagérément basses. Les années 2016, 2021 et 2022 apparaissent donc surévaluées. Un effet qui, suite à la fourchette d'attentes trop basse, s'observe également dans les analyses de l'OFS, comme nous le verrons plus loin (cf. chapitre 11.3).

Le déroulement de la 2e vague évoquée est très inhabituel du point de vue épidémiologique. Au cours de la semaine 48, alors que le nombre de décès semble diminuer, un nouveau pic se produit. Les mesures non médicales et les approches thérapeutiques douteuses qui ont pu avoir une influence sur ce phénomène nécessitent des explications approfondies.

Le graphique 10-2 qui suit montre les taux de mortalité standardisés selon l'âge en comparaison saisonnière en Suisse, de l'été d'une année (début juillet, semaine 27) à l'été de l'année suivante (fin juin, semaine 26). La standardisation selon l'âge s'effectue à chaque fois par rapport à la population suisse au 31.12.2021 (CH 2021, 31.12.2021) à la « mi-saison ». Ici, l'ensemble des décès hivernaux est entièrement regroupé malgré les décalages temporels, alors que les sommes annuelles répartissent les courbes de mortalité hivernales surévaluées en proportions inégales. Les deux premières « vagues de Covid-19 » en 2020 se répartissent ainsi sur deux saisons de mortalité différentes.



Graphique 10-2; (source OFS 9, situation : 07.03.2023)

Suivent le calcul des taux de mortalité en % de chaque groupe d'âge de 5 ans, de manière saisonnière, et les taux de mortalité standardisés selon l'âge pour 100 000 sur la population du 31 décembre 2022.

L'évaluation saisonnière (juillet à juin) ne fait ici que présenter une autre approche, que je juge explicitement digne d'être discutée, afin d'éviter les décalages temporels et le « découpage » de la surmortalité en fin d'année. Dans le bilan statistique annuel global, le bilan annuel reste certainement indispensable.

Décès, taux de mortalité et taux standardisé par groupes d'âge et par saison

décès	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22
0-4 ans	332	357	329	364	364	361	341	354	326	326	346	319
5-9 ans	28	43	27	32	19	33	26	27	35	34	31	27
10-14 ans	31	33	31	29	40	31	27	40	34	26	34	31
15-19 ans	105	92	96	89	107	80	74	96	83	82	97	85
20-24 ans	155	183	135	134	151	148	126	142	161	154	136	142
25-29 ans	186	174	163	189	167	195	193	186	169	169	181	182
30-34 ans	233	242	201	230	227	218	209	218	205	183	221	246
35-39 ans	315	308	296	293	290	298	288	316	275	315	265	309
40-44 ans	594	562	529	510	479	423	410	452	433	413	393	413
45-49 ans	1 060	975	1 010	856	857	851	778	803	754	687	676	651
50-54 ans	1 391	1 428	1 415	1 470	1 418	1 442	1 447	1 356	1 305	1 273	1 304	1 227
55-59 ans	1 945	2 002	2 101	2 018	2 068	1 988	2 057	2 064	2 022	1 997	2 044	2 191
60-64 ans	2 959	2 910	2 896	2 750	2 777	2 722	2 681	2 788	2 774	2 758	3 007	2 993
65-69 ans	4 067	4 121	4 131	4 045	4 230	4 034	3 950	3 800	3 879	3 681	3 934	4 059
70-74 ans	4 862	4 855	5 008	5 142	5 529	5 552	5 582	5 617	5 631	5 882	6 069	5 813
75-79 ans	7 085	6 945	6 859	6 637	7 020	6 757	7 026	7 307	7 371	7 664	8 817	8 485
80-84 ans	10 181	10 233	10 221	10 115	10 462	10 115	10 239	10 144	10 275	10 026	11 288	10 791
85-89 ans	12 426	12 789	13 109	12 654	13 501	12 634	13 413	13 176	13 347	13 503	15 259	14 110
90+ ans	14 126	15 385	16 124	15 610	17 493	16 389	17 893	17 965	18 169	18 904	21 237	20 573
Σ décès	62 081	63 637	64 681	63 167	67 199	64 271	66 760	66 851	66 998	68 077	75 339	72 647
habitants	31.12.10	31.12.11	31.12.12	31.12.13	31.12.14	31.12.15	31.12.16	31.12.17	31.12.18	31.12.19	31.12.20	31.12.21
0-4 ans	390 629	398 095	404 449	411 610	418 295	423 031	430 115	433 743	437 880	437 695	437 118	438 570
5-9 ans	383 054	385 863	390 062	397 741	404 759	413 257	420 456	426 484	430 304	435 348	439 685	445 334
10-14 ans	417 133	410 691	406 092	402 926	401 927	400 504	404 420	408 828	415 562	421 875	429 468	435 738
15-19 ans	451 619	447 894	442 704	441 234	438 771	438 711	436 475	431 439	425 712	422 280	420 030	423 256
20-24 ans	484 981	491 602	498 088	498 961	498 313	496 048	495 535	488 709	483 445	479 503	478 181	471 602
25-29 ans	521 352	527 804	532 258	543 207	551 444	560 587	568 581	572 817	569 288	565 847	559 953	556 130
30-34 ans	534 808	546 818	559 161	570 734	582 448	589 284	596 100	598 895	606 490	612 081	620 459	626 424
35-39 ans	558 919	553 890	554 086	559 571	566 720	579 210	590 339	600 727	608 706	617 095	622 771	628 533
40-44 ans	634 072	624 940	615 491	605 311	597 760	590 167	584 230	582 171	583 783	588 156	599 618	610 154
45-49 ans	650 915	662 507	667 709	668 254	662 100	654 245	644 679	633 596	620 649	610 169	601 859	595 385
50-54 ans	566 311	582 357	599 998	621 473	642 615	657 774	669 041	673 096	671 146	662 817	654 609	644 683
55-59 ans	486 836	499 696	512 120	527 148	543 463	560 277	575 812	591 887	610 732	630 020	644 500	655 329
60-64 ans	459 811	457 353	458 224	458 714	463 486	468 979	480 708	491 373	503 529	517 347	532 379	546 334
65-69 ans	397 242	411 009	420 165	427 426	430 556	433 593	430 368	429 492	427 996	430 612	434 914	444 883
70-74 ans	303 448	312 450	326 356	341 072	356 726	371 249	384 240	392 361	398 116	400 091	402 215	399 048
75-79 ans	256 058	259 407	261 434	265 528	269 582	273 343	281 899	294 176	307 537	321 427	334 252	345 401
80-84 ans	194 379	197 484	201 444	204 553	208 501	211 503	214 971	217 197	220 832	224 513	227 086	235 109
85-89 ans	120 722	123 024	125 002	127 339	130 154	133 393	136 470	139 897	142 816	146 278	147 174	150 238
90+ ans	57 845	61 778	64 217	66 829	70 046	71 971	75 111	77 242	80 004	82 879	84 029	86 640
Σ population	7 870 134	7 954 662	8 039 060	8 139 631	8 237 666	8 327 126	8 419 550	8 484 130	8 544 527	8 606 033	8 670 300	8 738 791
taux mortalité	calcul des taux de mortalité en % par groupes d'âge et année civile									Saisons de pandémie		
0-4 ans	0,085%	0,090%	0,081%	0,088%	0,087%	0,085%	0,079%	0,082%	0,074%	0,074%	0,079%	0,073%
5-9 ans	0,007%	0,011%	0,007%	0,008%	0,005%	0,008%	0,006%	0,006%	0,008%	0,008%	0,007%	0,006%
10-14 ans	0,007%	0,008%	0,008%	0,007%	0,010%	0,008%	0,007%	0,010%	0,008%	0,006%	0,008%	0,007%
15-19 ans	0,023%	0,021%	0,022%	0,020%	0,024%	0,018%	0,017%	0,022%	0,019%	0,019%	0,023%	0,020%
20-24 ans	0,032%	0,037%	0,027%	0,027%	0,030%	0,030%	0,025%	0,029%	0,033%	0,032%	0,028%	0,030%
25-29 ans	0,036%	0,033%	0,031%	0,035%	0,030%	0,035%	0,034%	0,032%	0,030%	0,030%	0,032%	0,033%
30-34 ans	0,044%	0,044%	0,036%	0,040%	0,039%	0,037%	0,035%	0,036%	0,034%	0,030%	0,036%	0,039%
35-39 ans	0,056%	0,056%	0,053%	0,052%	0,051%	0,051%	0,049%	0,053%	0,045%	0,051%	0,043%	0,049%
40-44 ans	0,094%	0,090%	0,086%	0,084%	0,080%	0,072%	0,070%	0,078%	0,074%	0,070%	0,066%	0,068%
45-49 ans	0,163%	0,147%	0,151%	0,128%	0,129%	0,130%	0,121%	0,127%	0,121%	0,113%	0,112%	0,109%
50-54 ans	0,246%	0,245%	0,236%	0,237%	0,221%	0,219%	0,216%	0,201%	0,194%	0,192%	0,199%	0,190%
55-59 ans	0,400%	0,401%	0,410%	0,383%	0,381%	0,355%	0,357%	0,349%	0,331%	0,317%	0,317%	0,334%
60-64 ans	0,644%	0,636%	0,632%	0,600%	0,599%	0,580%	0,558%	0,567%	0,551%	0,533%	0,565%	0,548%
65-69 ans	1,024%	1,003%	0,983%	0,946%	0,982%	0,930%	0,918%	0,885%	0,906%	0,855%	0,905%	0,912%
70-74 ans	1,60%	1,55%	1,53%	1,51%	1,55%	1,50%	1,45%	1,43%	1,41%	1,47%	1,51%	1,46%
75-79 ans	2,77%	2,68%	2,62%	2,50%	2,60%	2,47%	2,49%	2,48%	2,40%	2,38%	2,64%	2,46%
80-84 ans	5,24%	5,18%	5,07%	4,94%	5,02%	4,78%	4,76%	4,67%	4,54%	4,47%	4,97%	4,59%
85-89 ans	10,3%	10,4%	10,5%	9,9%	10,4%	9,5%	9,8%	9,4%	9,3%	9,2%	10,4%	9,4%
90+ ans	24,4%	24,9%	25,1%	23,4%	25,0%	22,8%	23,8%	23,3%	22,7%	22,8%	25,3%	23,7%
taux mortalité standard.	917,9	914,8	909,2	866,0	897,7	839,7	850,6	833,3	815,4	808,6	882,8	831,3
Rang	1	2	3	6	4	8	7	9	11	12	5	10

1 = pire rang ; 13 = meilleur rang, saisons de pandémie encadrées en rouge
Tableau 10-1, (sources OFS 1, 9 – Etat : 07.03.2023)

La clôture de l'exercice 2020-21 donne un 5e rang global, dans la moyenne inférieure des années précédentes.

Classement des taux de mortalité par groupes d'âge et évolution du nombre d'habitants

	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	modification n habitants
0-4 ans	5	1	7	2	3	4	8	6	11	10	9	12	12,3%
5-9 ans	6	1	8	3	12	4	10	9	2	5	7	11	16,3%
10-14 ans	8	4	7	9	1	6	11	2	3	12	5	10	4,5%
15-19 ans	2	6	5	7	1	11	12	4	9	10	3	8	-6,3%
20-24 ans	4	1	10	11	5	7	12	8	2	3	9	6	-2,8%
25-29 ans	1	5	9	2	10	3	4	7	12	11	8	6	6,7%
30-34 ans	2	1	8	3	5	6	10	7	11	12	9	4	17,1%
35-39 ans	1	2	3	5	7	6	10	4	11	8	12	9	12,5%
40-44 ans	1	2	3	4	5	8	10	6	7	9	12	11	-3,8%
45-49 ans	1	3	2	6	5	4	9	7	8	10	11	12	-8,5%
50-54 ans	1	2	4	3	5	6	7	8	10	11	9	12	13,8%
55-59 ans	3	2	1	4	5	7	6	8	10	12	11	9	34,6%
60-64 ans	1	2	3	4	5	6	9	7	10	12	8	11	18,8%
65-69 ans	1	2	3	5	4	6	7	11	9	12	10	8	12,0%
70-74 ans	1	2	4	6	3	7	10	11	12	8	5	9	31,5%
75-79 ans	1	2	4	6	5	9	7	8	11	12	3	10	34,9%
80-84 ans	1	2	3	6	4	7	8	9	11	12	5	10	21,0%
85-89 ans	5	2	1	6	3	8	7	9	11	12	4	10	24,4%
90+ ans	5	4	2	8	3	11	6	9	12	10	1	7	49,8%

Tableau 10-2; (source Tableau 10-1)

Le classement des taux de mortalité sous forme de carte de chaleur renforce le soupçon qu'en 2021-22, la détérioration chez les 20-34 ans pourrait être liée aux « vaccins » Covid 19. Ceux-ci se focalisent clairement sur l'année civile 2021, où les 25-34 ans terminent au 1er et au 5e rang de l'année civile. Dans le calcul saisonnier, ils ne sont à chaque fois pris en compte qu'à moitié, ce qui conduit aux rangs 4 à 6 plus cléments. Il est également frappant de constater que dans la grande vague de décès de 2020/21, seuls les plus de 90 ans occupent le pire 1er rang. Il s'agit certainement du groupe d'âge qui a le plus besoin de soins et d'attention de la part de ses proches et qui a été le plus affecté par les restrictions et les interdictions de visite imposées par les mesures massives. Les améliorations observées en 2021/22 dans tous les groupes d'âge de plus de 70 ans sont certainement à mettre en particulier au crédit de l'« effet moisson ». Cela signifie qu'une surmortalité est suivie d'une sous-mortalité, car les personnes gravement malades sont déjà décédés et la situation se calme.

Calcul de la surmortalité saisonnière

Année	2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20	2020-21	2021-22	Moy.*
Habitants	7 870K	7 955K	8 039K	8 140K	8 238K	8 327K	8 420K	8 484K	8 545K	8 606K	8 670K	8 739K	(chiffre stand. 2010-22↓)
Taux mortalité standard.	917,9	914,8	909,2	866,0	897,7	839,7	850,6	833,3	815,4	808,6	882,8	831,3	863,9
Δ à la moy. 2010-2022	54,0	50,9	45,3	2,1	33,7	-24,2	-13,3	-30,6	-48,6	-55,4	18,9	-32,6	[pour 100'000]
Sur/sous mortalité	4 246	4 047	3 642	170	2 777	-2 019	-1 123	-2 599	-4 151	-4 767	1 638	-2 851	par rapport à 2010-22
Δ à la moy. 2016-2019	83,2	80,1	74,5	31,3	62,9	5,0	15,9	-1,4	-19,4	-26,2	48,1	-3,4	834,7
Sur/sous mortalité	6 544	6 370	5 989	2 547	5 182	412	1 336	-122	-1 656	-2 254	4 170	-299	(↑chiffre stand. 2016-19)

Tableau 10-3 – *aux de mortalité moyen 2010/11-2021/22, 2015/16-2019/20

Le calcul de la surmortalité est moins important par saison que par année civile, car les deux vagues de mortalité de 2020 se situent sur deux saisons différentes.

11. Évaluation du Covid-19 dans les statistiques sur les causes de décès 2020 et 2021

Comparaison des décès Covid-19 2020 et 2021 selon l'OFS et l'OFSP

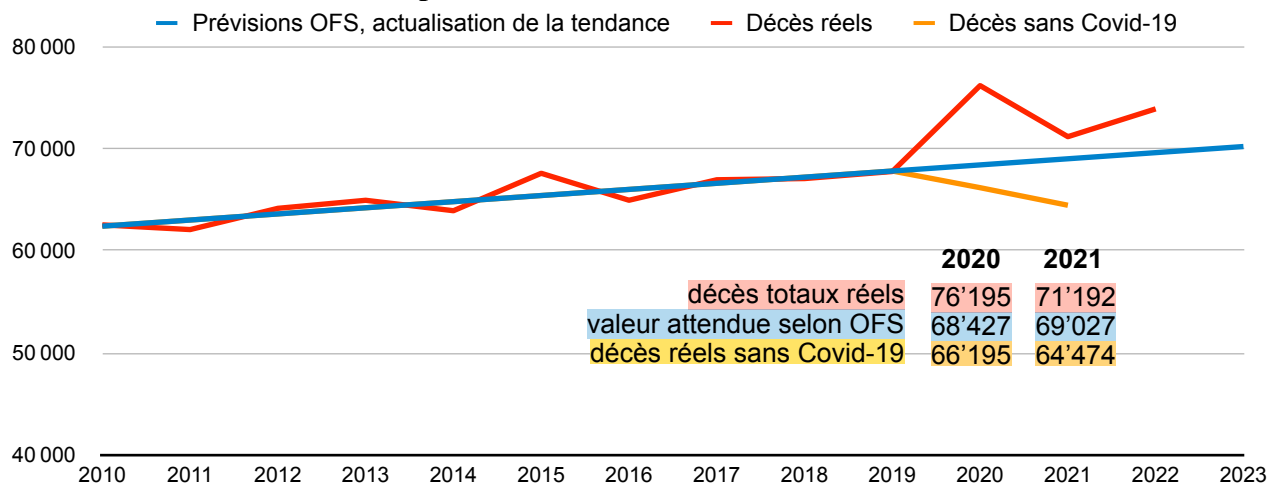
Décès COVID-19 selon la statistique des causes de décès (OFS) et le système de déclaration (OFSP), par mois, groupes d'âge	2020	2021
	Janv. à déc. 2020 total	Janv. à déc. 2021 total
Décès COVID-19 de la population suisse (OFS)	10 000	6 718
COVID-19 comme principale cause de décès ¹⁾	9 331	5 887
Cas cliniques et épidémiologiques ²⁾	168	51
Cas confirmés en laboratoire ³⁾	9 163	5 836
dont système de déclaration	6 785	3 750
Part de COVID-19 comme cause principale de décès	93,3%	87,6%
COVID-19 comme maladie concomitantes ⁴⁾	686	831
Cas cliniques et épidémiologiques	111	326
Cas confirmés en laboratoire	558	505
dont système de déclaration	348	183
Part de COVID-19 comme maladie concomitantes	6,9%	12,4%
Décès COVID-19 du système de déclaration (OFSP)	7 593	4 329
dont dans la base de données OFS	7 133	3 933
dont non dans la base de données OFS ⁵⁾	460	396

Résultats provisoires de l'Office fédéral de la statistique (OFS), état des données au 14.11.2022, statistiques mises à jour le 20.12.2022

1) COVID-19 Cause principale de décès selon la codification CIM-10 du certificat médical de cause de décès
2) Dans les cas clinico-épidémiologiques, il y a un tableau clinique COVID-19, sans diagnostic de laboratoire, mais avec confirmation épidémiologique
3) Si le COVID-19 n'est pas explicitement indiqué comme diagnostic suspecté sur le certificat de cause de décès (selon les directives de l'OMS)
4) COVID-19 maladie concomitante selon codification CIM-10 du certificat médical de cause de décès
5) Cas OFSP avec infection COVID-19 confirmée en laboratoire, qui n'ont pas pu être attribués aux cas COVID-19 de la base de données OFS en raison d'un identifiant commun manquant

Tableau 11-1; (source OFSP 4, état : 14.11.2022)

Valeurs tendances attendues prévisions de l'OFS, nombre réel de décès avec/sans Covid-19



Graphique 11-2 (source . OFS 9, 11; état : 07.03.2023)

En 2020, les chiffres de mortalité indiquent une « surmortalité » comprise entre 2 327 et 5 959 décès. Si l'on déduit les 10 000 décès avec un test Covid-19 positif des décès, on obtient pour les autres causes de décès sans Covid une prétendue « sous-mortalité » entre -7 673 et -4 011, les tests Covid-19 positifs empruntant manifestement à d'autres causes de décès.

De la même manière, si l'on considère la sous-mortalité standardisée selon l'âge, il est possible de prouver que le Covid-19 fait partie de la mortalité « normale » en 2021 (voir calcul page 62).

Maladies concomitantes au « Covid-19, cause principale de décès »

			Maladies concomitantes au Covid-19 cause principale*		Maladies concomitantes au Covid-19 cause principale*	
	Nombre 2019	[%]	Nombre 2020	[%]	Nombre 2021	[%]
Nombre total de décès	67 780		76 195		71 192	
Décès avec COVID-19 comme cause principale			9 331	100,0	5 887	100
dont avec au moins une maladie concomitante seulement COVID-19			8 981	96,2	5 645	95,9
			350	3,8	242	4,1
Maladies concomitantes ^{1) 2)}						
Maladies infectieuses	815	1,2	404	4,3	407	6,9
Tumeurs malignes	17 192	25,4	920	9,9	658	11,2
Diabète sucré	1 160	1,7	1 263	13,5	776	13,2
Démence	6 603	9,7	2 098	22,5	942	16,0
Système circulatoire	19 901	29,4	5 724	61,3	3 983	67,7
Système respiratoire	4 561	6,7	6 429	68,9	4 458	75,7
dont :						
Grippe	282	0,4	0	0,0	0	0,0
Pneumonie	1 253	1,8	3 445	36,9	2 360	40,1
Bronchite chronique	2 026	3,0	667	7,1	399	6,8
Asthme	86	0,1	74	0,8	59	1,0
Cirrhose alcoolique du foie	410	0,6	19	0,2	7	0,1
Organes urinaires	1 199	1,8	848	9,1	604	10,3
Malformations congénitales	253	0,4	28	0,3	21	0,4
Causes de décès périnatales	160	0,2	0	0,0	0	0,0
Causes externes (dont accidents et violence)	3 777	5,6	48	0,5	50	0,8
Effets indésirables des vaccins COVID-19					0	0,0
Total catégories principales	56 031		17 781		11 906	
Part COVID-19 comme cause principale de décès de toutes les catégories			12,2%		8,3%	

Résultats provisoires de l'Office fédéral de la statistique (OFS), situation des données : 05.08.2022

1) Un cas de COVID-19 peut avoir une ou plusieurs maladies concomitantes. Les maladies concomitantes peuvent être des maladies préexistantes ou des maladies secondaires.

2) Le pourcentage de maladies concomitantes est calculé sur la base de tous les décès dont la cause principale est le COVID-19.

Tableau 11-2; (source OFS 7, 8)

En 2020, sur 9 331 « décès avec Covid-19 comme cause principale de décès », presque tous (8981) présentent au moins une maladie concomitante. 350 personnes sont décédées exclusivement « du Covid-19 ».

Le chiffre de 17'781 maladies concomitantes au total, pour 8'981 « décès avec au moins une maladie concomitante », montre que la plupart des « décès Covid-19 » avaient plus d'une maladie concomitante.

Sur 67'780 causes principales de décès en 2019, seuls 56'031 sont concrètement identifiés avec une cause de décès. Par conséquent, 11 749 autres décès ne sont pas recensés ou pas précisés.

La part du Covid-19 de l'ensemble des décès est passée de 12,2% en 2020 à 8,3% en 2021, ce qui, compte tenu de la sur-déclaration du Covid-19, devrait certainement confirmer la fin de la « pandémie ».

Sur 147 387 décès en 2020 et 2021 combinés, 592 sont décédés avec un test positif sans maladies concomitantes. Questions sur le Code de bonnes pratiques de l'Office fédéral de la statistique.

12. Questions sur le Code de bonnes pratiques de l'Office fédéral de la statistique

Code de bonnes pratiques²³ (conformément à l'engagement de l'OFS)

„Peer Review 2023 / Les Principes du Code de bonnes pratiques

Une grande importance a toujours été accordée à la qualité dans la statistique publique. Les utilisateurs doivent pouvoir faire confiance aux résultats de la statistique publique. Le [Code de bonnes pratiques de la statistique européenne](#) (Code of Practice, CoP) définit des normes de qualité uniformes qui sont obligatoires pour tous les instituts de statistique du système statistique européen (SSE).

Le respect du code de bonnes pratiques est contrôlé par les organes de l'UE et les instituts de statistique du SSE par le biais d'auto-évaluations systématiques et de contrôles effectués par des experts techniques, appelés « [peer reviews](#) ». Une peer review aura lieu en Suisse et à l'OFS du 20 au 24 mars 2023.

Au printemps 2023, des spécialistes d'autres instituts européens de statistique évalueront la qualité du travail de l'OFS et du système statistique suisse. L'examen portera avant tout sur le respect des seize principes du code de bonnes pratiques.

Nous vous présentons ici les 16 principes composant le CoP :

Principe 1: indépendance professionnelle

L'indépendance professionnelle des autorités statistiques à l'égard aussi bien des autres instances et services politiques, réglementaires ou administratifs, que des opérateurs du secteur privé, assure la crédibilité des statistiques européennes.

Question : Comment s'assurer que les rapports ne deviennent pas le jouet de la propagande politique par le biais d'une dramatisation ou d'une minimisation inutiles ? La pluralité des possibilités d'interprétation causale est-elle garantie ?

Principe Ibis : Coordination et coopération

Les instituts nationaux de statistique et Eurostat assurent, respectivement au niveau du système statistique national et du système statistique européen, la coordination de toutes les activités d'élaboration, de production et de diffusion des statistiques européennes. Les autorités statistiques coopèrent activement au sein du système statistique européen, de manière à assurer l'élaboration, la production et la diffusion des statistiques européennes.

Question : source coopération existe-t-il entre l'OFS, l'OFSP et Swissmedic ?

Principe 2: mandat pour la collecte de données et l'accès aux données

Les autorités statistiques disposent d'un mandat légal clair les habilitant à collecter et à accéder à des informations issues de sources de données multiples pour les besoins des statistiques européennes. À la demande des autorités statistiques, les administrations, les entreprises et les ménages ainsi que le public en général peuvent être contraints par la loi à permettre l'accès à des données ou à fournir des données pour l'établissement de statistiques européennes.

Question : Dans son rapport sur les causes de décès, l'OFS souligne les écarts importants entre son décompte de décès dus au Covid-19 et le système de déclaration de l'OFSP. De son côté, l'OFSP a progressivement brouillé les rapports sur le statut vaccinal pour les cas, arrêté rapidement et pour

²³ OFS : Code de bonnes pratiques ; URL : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/ofsp/engagement-qualite/peer-reviews/code-bonnes-pratiques.html>

les hospitalisations et les décès. Les évaluations de la surmortalité de l'OFS ne font aucune référence aux effets de la campagne de vaccination, ce qui soulève la question d'une coopération insuffisante avec l'OFSP. Les lacunes en matière de surveillance de la sécurité des vaccins par Swissmedic amènent aussi à se demander si l'OFS n'a pas posé de questions à ce sujet

„Principe 3: adéquation des ressources

Les ressources dont disposent les autorités statistiques sont suffisantes pour leur permettre de répondre aux exigences statistiques au niveau européen.

Principe 4: engagement sur la qualité

La qualité est primordiale pour les autorités statistiques. Celles-ci évaluent systématiquement et régulièrement les points forts et faibles afin d'améliorer continuellement la qualité des processus et des résultats.

Principe 5: secret statistique et protection des données

Le respect de la vie privée des fournisseurs de données, la confidentialité des informations qu'ils fournissent, l'utilisation de celles-ci à des fins strictement statistiques et la sécurité des données sont absolument garantis.

Principe 6: impartialité et objectivité

Les autorités statistiques élaborent, produisent et diffusent les statistiques européennes dans le respect de l'indépendance scientifique et de manière objective, professionnelle et transparente, plaçant tous les utilisateurs sur un pied d'égalité.

Principe 7: méthodologie solide

Des statistiques de qualité sont fondées sur une méthodologie solide. Cela nécessite des procédures, des compétences et des outils adéquats.

Question : Un changement de méthode à trois reprises entre 2021 et 2023 sans justification scientifique plausible correspond-il aux exigences de qualité fixées ?

Principe 8: procédures statistiques adaptées

Des statistiques de qualité sont fondées sur des procédures statistiques adaptées, mises en oeuvre tout au long des processus statistiques.

Question : La méthode expérimentale d'analyse de la mortalité (MOMO) utilisée est-elle appropriée ? Tient-elle suffisamment compte de l'évolution démographique calculable et de son influence sur la mortalité ? La procédure complexe doit-elle être revue lorsqu'un simple modèle de régression des tendances donne de meilleurs résultats que les corrections des attentes adaptées chaque année ?

Principe 9: charge non excessive pour les déclarants

La charge de réponse est proportionnée aux besoins des utilisateurs sans être excessive pour les déclarants. Les autorités statistiques surveillent la charge de réponse et fixent des objectifs en vue de sa réduction progressive.

Principe 10: rapport coût-efficacité

Les ressources sont utilisées de façon efficiente.

Principe 11: pertinence

Les statistiques européennes répondent aux besoins des utilisateurs.

Principe 12: exactitude et fiabilité

Les statistiques européennes reflètent la réalité de manière exacte et fiable.

Principe 13: actualité et ponctualité

Les statistiques européennes sont diffusées en temps utile et aux moments prévus.

Question : Est-il opportun, en situation de crise, de ne publier les analyses des causes de décès que l'année suivante ? Est-il utile que les déclarations intermédiaires des chiffres mensuels de la natalité présentent des écarts considérables par rapport aux données finales en raison d'un effondrement du nombre de naissances et ne soient pas actualisées lors des mises à jour mensuelles ?

Principe 14: cohérence et comparabilité

Les statistiques européennes présentent une cohérence interne et dans le temps et permettent la comparaison entre régions et pays; des données connexes provenant de différentes sources de données peuvent être combinées et utilisées conjointement.

Question : Vu que les critères de saisie des cas Covid-19 et des décès ont été modifiés 12 fois par l'OFS, ne faudrait-il pas vérifier si la comparabilité dans le système européen de saisie des données est vraiment ou encore garantie ?

Principe 15: accessibilité et clarté

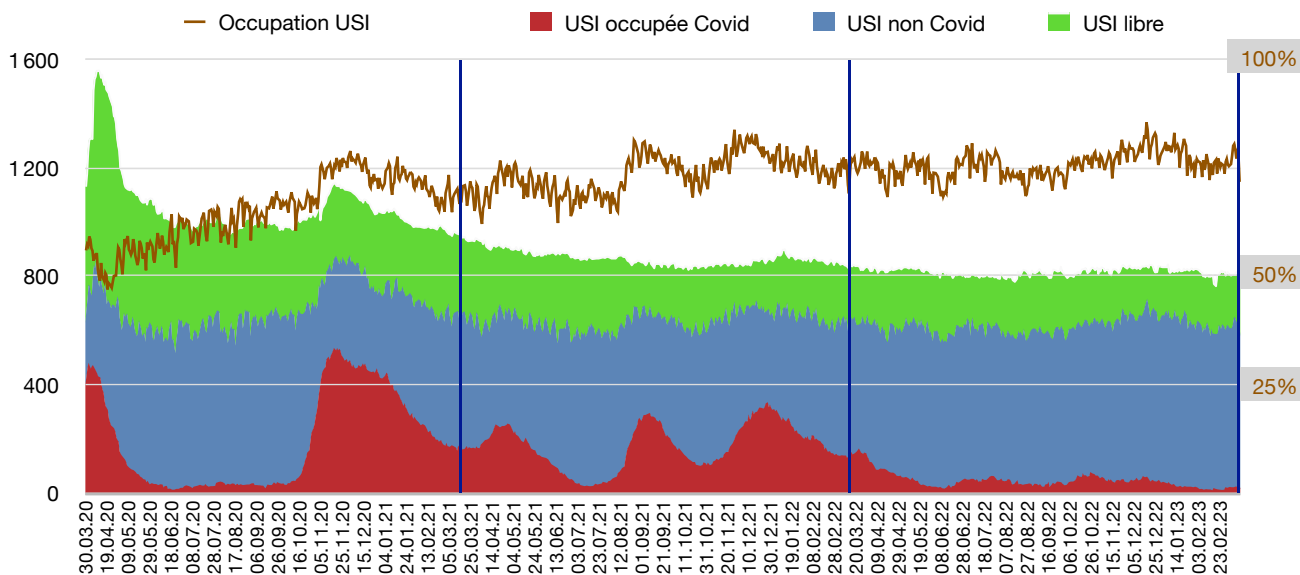
Les statistiques européennes sont présentées sous une forme claire et compréhensible, diffusées d'une manière pratique et adaptée, disponibles et accessibles pour tous et accompagnées de métadonnées et d'explications.

Question : Quelles sont les préférences en matière de collecte de données nécessaires à la gestion de la crise, et dans quelle mesure l'OFS incite-t-il les autorités chargées de coopérer à fournir ces données ? Quelles sont les mesures prises par l'OFS pour s'assurer sur le plan scientifique que les données relatives aux cas Covid-19 sont bien liées à une maladie réelle ?

13. Taux d'occupation des hôpitaux

13.1. Taux d'occupation des unités de soins intensifs

Capacité et taux d'occupation des USI en Suisse

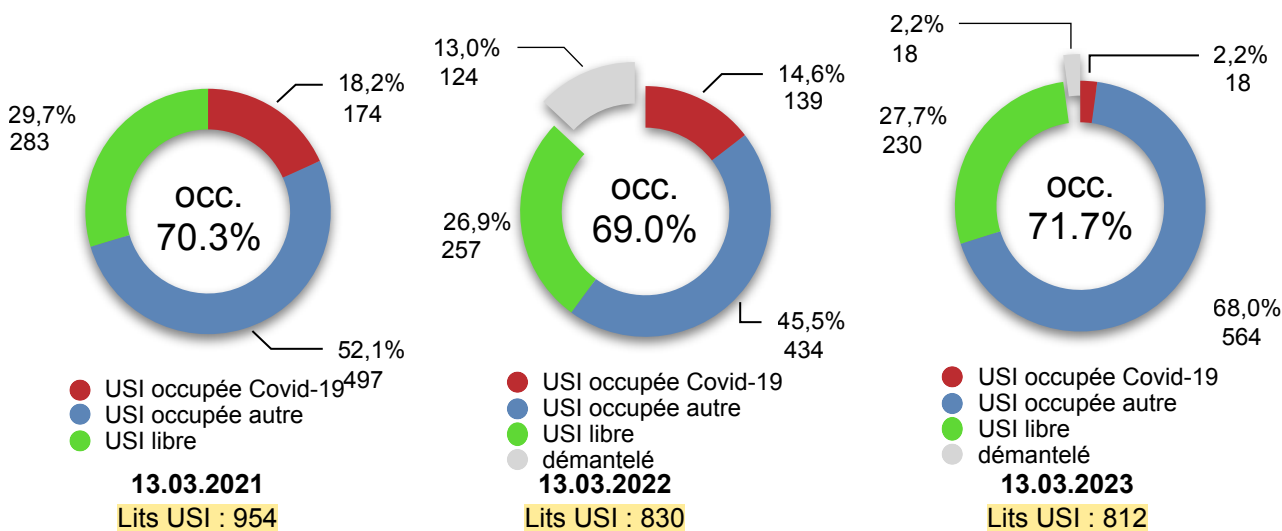


Graphique 13-1; (source OFSP 8)

Occupation moyenne	71,5%
Occupation au 13.03.23	71,7%
Capacité max. annoncée le 11.04.20	1 558
Nbre de lits le 13.03.23	812
Réduction capacité USI	47,9%
Part occ. Covid-19 max. le 17.11.20	46,8%
Capacité libre le 17.11.20	24,5%
Part moy. occupation Covid-19	15,1%

Tableau 13-1

Occupation des lits de soins intensifs (USI) au 23 janvier 2022 et 2023



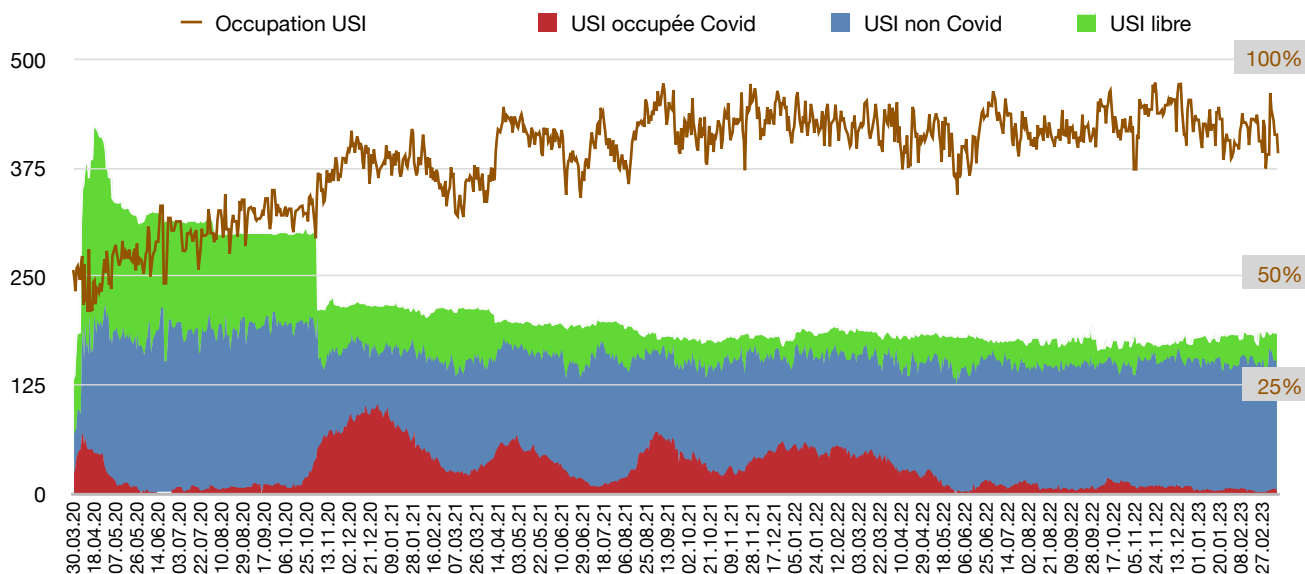
Graphique 13-2

Graphique 13-3

Graphique 13-4

Des capacités déclarées plus faibles ont conduit dès août 2021 à des taux d'occupation plus élevés qui se rapprochent d'un occupation rentable des lits de soins intensifs coûteux. Jusqu'à cette date, les hôpitaux travaillaient nettement dans la zone déficitaire. (70 % d'occupation USI).

Capacité et taux occupation des unités des USI dans le canton de Zurich

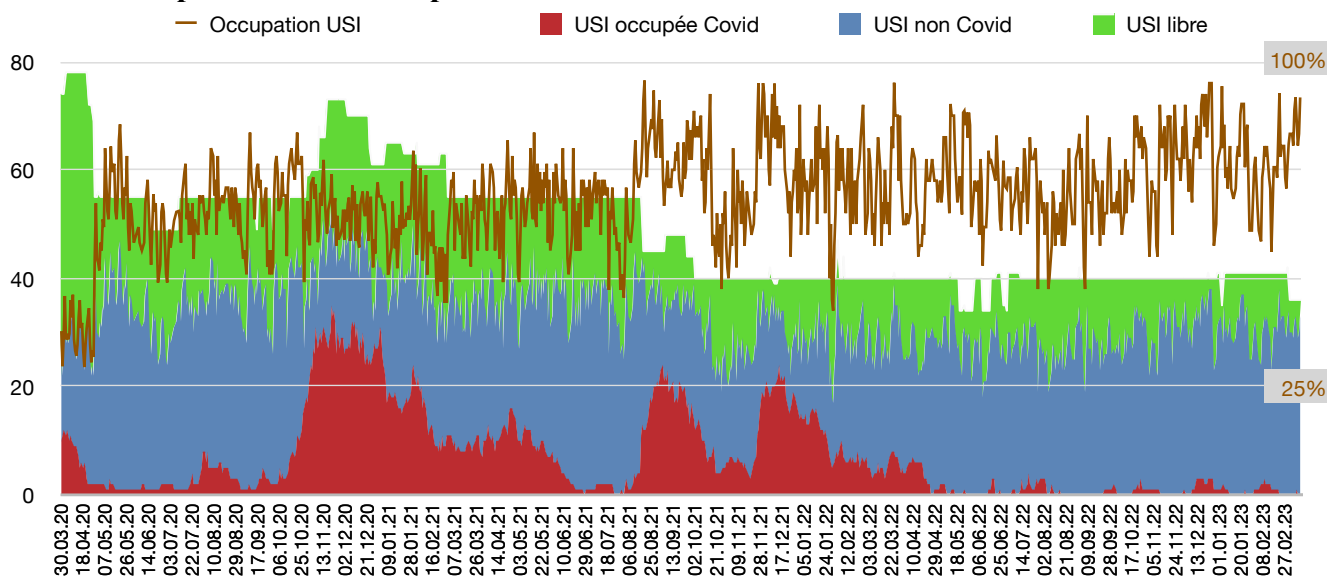


Graphique 13-5; (source OFSP 8)

Occupation moyenne	77,5%
Occupation au 13.03.23	78,4%
Capacité max. annoncée le 17.04.20	423
Nbre de lits le 13.03.23	185
Réduction capacité USI	56,3%

Tableau 13-2

Capacité et taux occupation des unités des USI dans le canton de Saint-Gall



Graphique 13-5; (source OFSP 8)

Occupation moyenne :	68,9%
Occupation le 13.03.23	91,7%
Capacité max. annoncée le 03.04.20	78
Nbre de lits le 13.03.23	36
Réduction capacité USI	53,8%

Tableau 13-3

Zurich et Saint-Gall ont atteint des taux d'occupation des lits rentables en réduisant progressivement les capacités. On a ensuite semé la panique sur cette base adéquate.

Capacité maximale de lits d'USI déclarée et suppression jusqu'au 23.01.2023

Canton	Occupation moyenne	Capacité maximale	Date occ. max.	Capacité au 23.03.2023	Occ. moy. Covid	Réduction des lits
Obwald	aucun lit de soins intensifs disponible					
Appenzell RI	aucun lit de soins intensifs disponible					
Thurgovie	70,4%	62	08.04.20	16	17,0%	46
Neuchâtel	61,9%	31	03.04.20	10	16,4%	21
Genève	66,5%	124	02.04.20	46	12,3%	78
Tessin	59,7%	115	09.04.20	47	11,5%	68
Valais	75,6%	47	07.04.20	20	16,8%	27
Glaris	61,3%	14	30.03.20	6	10,4%	8
Zurich	77,5%	423	17.04.20	185	13,6%	238
Jura	52,2%	13	11.04.20	6	14,8%	7
Saint-Gall	68,9%	78	03.04.20	36	13,6%	42
Argovie	76,2%	75	14.04.20	35	17,5%	40
Vaud	79,4%	185	06.04.20	88	18,0%	97
Bâle-Campagn	63,1%	28	30.03.20	14	13,3%	14
Grisons	62,4%	30	06.04.20	17	15,5%	13
Soleure	80,5%	27	25.11.20	16	20,3%	11
Nidwald	60,5%	10	01.04.20	6	16,2%	4
Appenzell RE	49,9%	10	30.03.20	6	10,2%	4
Fribourg	75,0%	38	31.03.20	24	18,1%	14
Lucerne	73,4%	83	11.04.20	54	13,4%	29
Zoug	64,6%	12	30.03.20	8	17,3%	4
Schaffhouse	70,8%	12	30.03.20	8	19,2%	4
Berne	70,1%	138	07.04.20	94	13,6%	44
Bâle-Ville	71,7%	58	02.04.20	48	11,6%	10
Schwyz	66,3%	13	09.07.20	13	13,6%	0
Uri	37,0%	6	30.03.20	6	11,0%	0
Suisse	71,5%	1 558	11.04.20	812	14,4%	746

Tableau 13-4; (source OFSP 8)

Ci-dessus les données sur l'utilisation des USI dans tous les cantons. On retrouve partout la même image de réduction volontaire de capacités et de taux d'occupation moyen non rentable.

Evolution dans le temps des capacités d'USI déclarées dans les cantons

Canton	23.04.2020	23.05.2020	23.01.2021	23.01.2022	23.01.2023
Argovie	56	52	50	49	38
Appenzell RE	10	10	6	6	6
Appenzell RI	aucun lit de soins intensifs disponible				
Bâle-Campagne	19	16	18	16	14
Bâle-Ville	54	50	50	48	52
Berne	122	102	108	97	92
Fribourg	24	24	24	23	24
Genève	124	44	59	50	46
Glaris	14	9	6	6	6
Grisons	30	26	17	16	17
Jura	13	7	6	8	6
Lucerne	80	69	51	45	55
Neuchâtel	16	13	12	10	10
Nidwald	6	6	4	6	5
Obwald	aucun lit de soins intensifs disponible				
Schaffhouse	12	8	8	6	8
Suisse	1 437	1 069	999	862	825
Schwyz	12	11	10	11	12
Soleure	20	18	25	16	16
Saint-Gall	72	55	63	40	41
Tessin	93	45	73	69	58
Thurgovie	52	38	38	25	15
Uri	6	6	6	6	6
Vaud	134	98	118	93	88
Valais	47	31	25	24	20
Zoug	10	10	8	8	8
Zurich	411	321	214	184	182

Tableau 13-5; (source OFSP 8)

Les capacités déclarées des USI font apparaître un recul continu des capacités, parfois de plus de la moitié (Zurich), sans que l'on sache exactement le rôle joué par des pénuries de personnel supérieures à la moyenne ou par des absences de courte ou de longue durée. Aucune donnée n'est disponible à ce sujet.

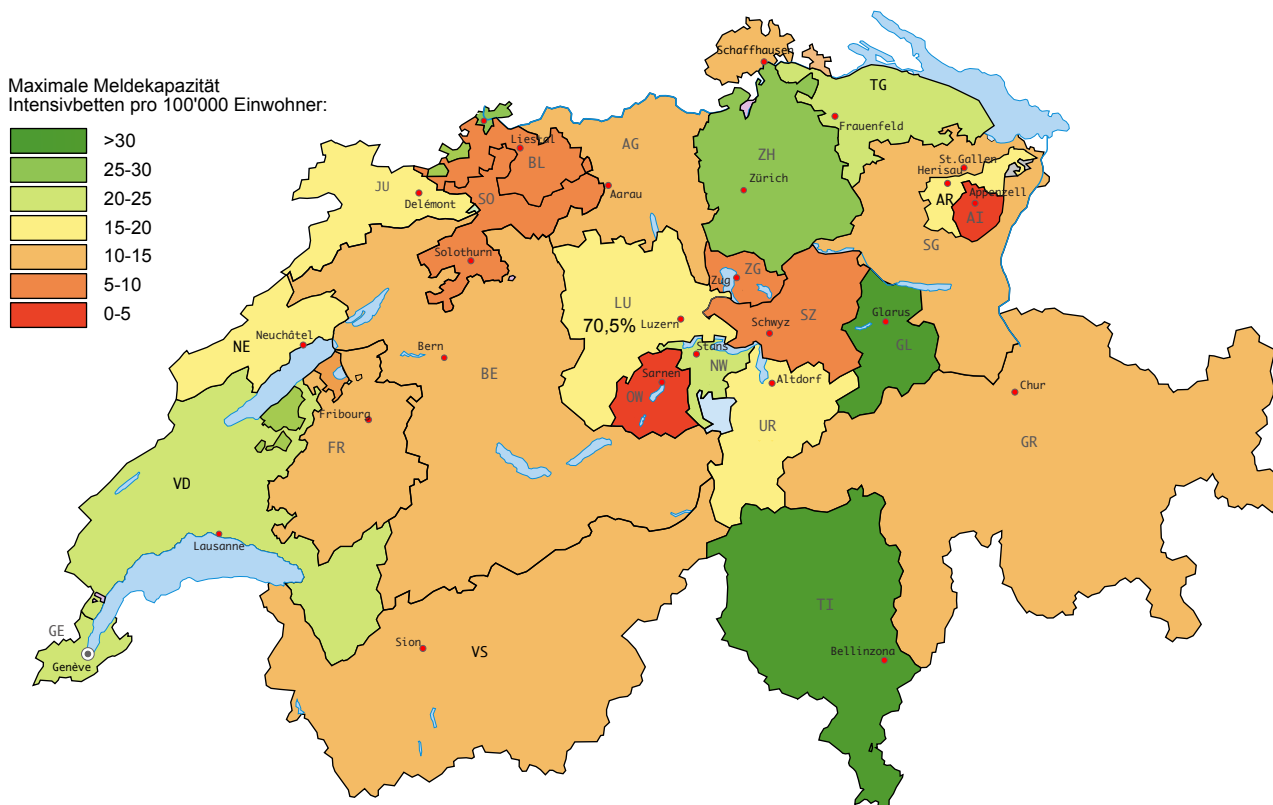
Approvisionnement en lits de soins intensifs par canton et 100 000 habitants

Canton	Capacité maximale	Capacité au 13.03.2023	Habitants 3e trimestre 2022	Maximum pour 100 000 habitants	pour 100 000 habitants 13.03.2023
Glaris	14	6	41 448	33,8	14,5
Tessin	115	47	353 675	32,5	13,3
Bâle-Ville	58	48	196 612	29,5	24,4
Zurich	423	185	1 575 902	26,8	11,7
Genève	124	46	512 932	24,2	9,0
Nidwald	10	6	44 101	22,7	13,6
Vaud	185	88	826 380	22,4	10,6
Thurgovie	62	16	288 581	21,5	5,5
Lucerne	83	54	423 700	19,6	12,7
Appenzell RE	10	6	55 629	18,0	10,8
Jura	13	6	73 881	17,6	8,1
Neuchâtel	31	10	176 441	17,6	5,7
Uri	6	6	37 262	16,1	16,1
Grisons	30	17	201 665	14,9	8,4
Saint-Gall	78	36	524 991	14,9	6,9
Schaffhouse	12	8	84 851	14,1	9,4
Valais	47	20	355 571	13,2	5,6
Berne	138	94	1 050 229	13,1	9,0
Fribourg	38	24	332 636	11,4	7,2
Argovie	75	35	708 478	10,6	4,9
Soleure	27	16	281 919	9,6	5,7
Bâle-Campagne	28	14	293 921	9,5	4,8
Zoug	12	8	130 151	9,2	6,1
Schwyz	13	13	163 882	7,9	7,9
Appenzell RI	Aucun lit de soins intensifs		16 365	0,0	0,0
Obwald	Aucun lit de soins intensifs		38 523	0,0	0,0
Suisse	1 558	812	8 789 726	17,7	9,2

Tableau 13-6; (source OFS 8)

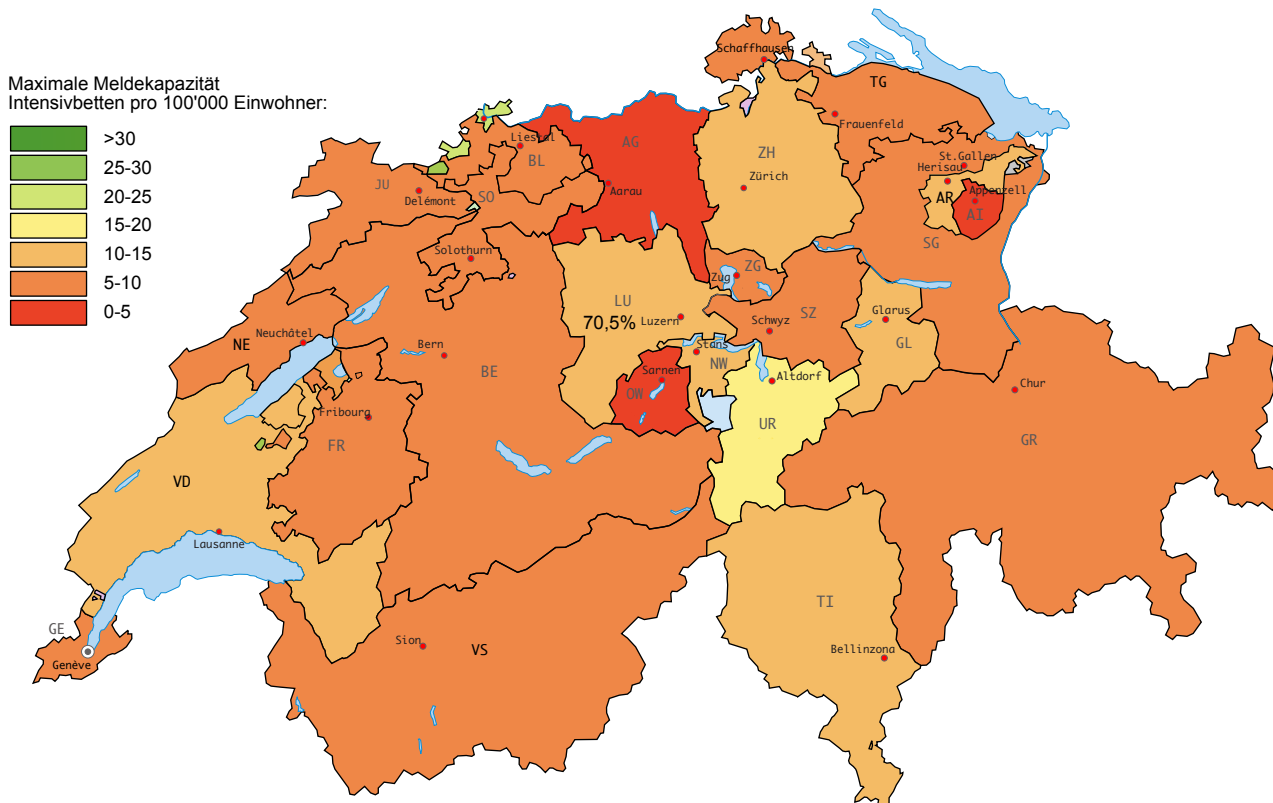
Les données du tableau ci-dessus, illustrées sous forme de carte page suivante, montrent à quel point la diminution des lits de soins intensifs interfère avec les soins médicaux d'urgence des cantons.

Nombre de lits d'USI disponibles pour 100 000 habitants selon le nombre maximal de déclarations



Représentation propre RH, données cf. tableau

Nombre de lits d'USI disponibles pour 100 000 habitants selon notification du 13 mars 2023



Représentation propre RH, données cf. tableau page précédente (sources OFS 8, OFS 15)

13.2. Taux d'occupation des lits hospitaliers

Capacité maximale de lits déclarée et variation au 23.01.2023

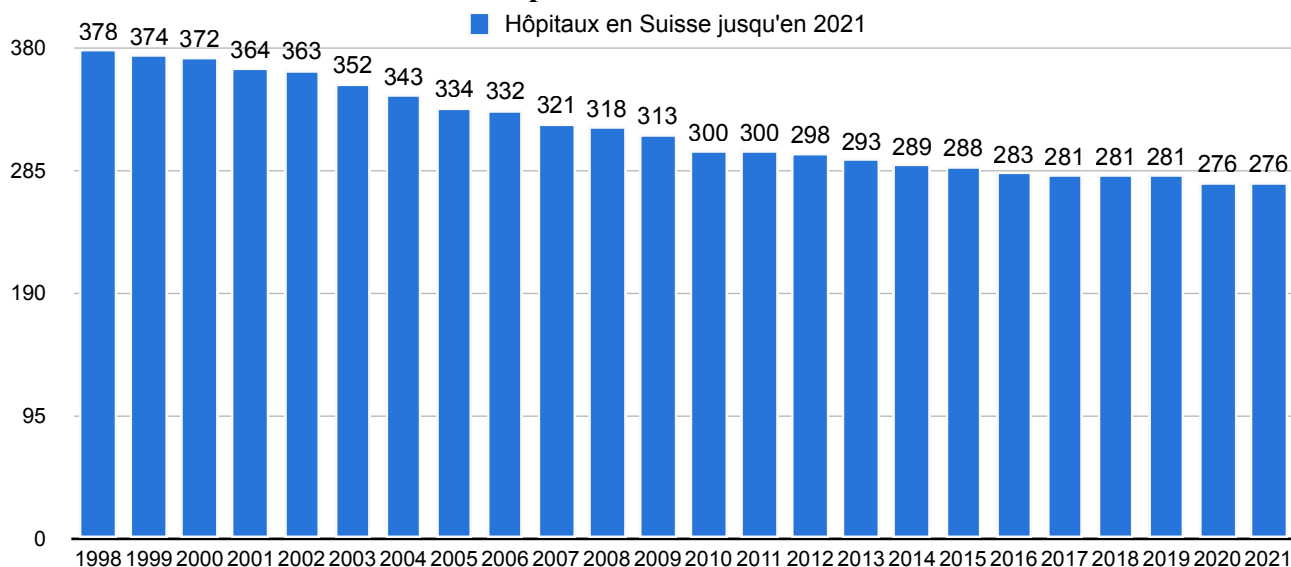
Canton	Occupation moyenne	occup. moy. Covid-19	Capacité maximale	Date cap. max.	Capacité 13.02.23	Réduction de la Capacité	Réduction [%]
Argovie	70,7%	4,1%	1 476	06.11.20	951	525	35,6%
Appenzell RE	68,5%	1,7%	653	03.04.20	234	419	64,2%
Appenzell RI*	41,7%	8,1%	27	30.10.20	0	27	100,0%
Bâle-Campagne	83,0%	3,8%	699	13.01.22	547	152	21,7%
Bâle-Ville	65,4%	2,6%	1 307	10.11.20	1 200	107	8,2%
Berne	72,7%	3,5%	3 738	08.12.20	2 962	776	20,8%
Fribourg	83,0%	4,7%	615	05.04.20	600	15	2,4%
Genève	65,9%	3,8%	3 100	08.11.20	2 470	630	20,3%
Glaris	78,1%	6,6%	101	30.03.20	74	27	26,7%
Grisons	62,8%	3,0%	741	09.04.20	636	105	14,2%
Jura	77,6%	3,8%	323	30.03.20	323	0	0,0%
Lucerne	75,4%	3,7%	1 872	30.05.21	927	945	50,5%
Neuchâtel	81,9%	7,7%	490	12.11.20	404	86	17,6%
Nidwald	72,9%	3,9%	96	10.04.20	82	14	14,6%
Obwald	70,1%	3,9%	89	01.04.20	71	18	20,2%
Schaffhouse	82,8%	5,8%	212	24.11.22	204	8	3,8%
Schwyz	68,1%	4,3%	319	09.05.20	181	138	43,3%
Soleure	84,5%	4,2%	587	01.04.20	467	120	20,4%
Saint-Gall	71,6%	3,3%	1 379	31.03.21	1 041	338	24,5%
Tessin	75,7%	7,4%	1 225	03.04.20	802	423	34,5%
Thurgovie	70,9%	8,4%	547	26.04.22	245	302	55,2%
Uri	64,5%	4,2%	81	04.06.20	66	15	18,5%
Vaud	75,0%	8,4%	2 042	09.09.22	1 963	79	3,9%
Valais	77,6%	4,6%	1 053	02.11.20	900	153	14,5%
Zoug	67,5%	3,4%	260	12.07.22	260	0	0,0%
Zurich	83,5%	3,6%	4 162	27.09.22	3 685	477	11,5%
Suisse	74,6%	4,3%	22 344	09.04.20	18 325	4 019	18,0%

Tableau 13-7 (filtre : nfp); (source OFSP 8)

* plus de déclaration de capacité depuis le 04.06.2021 (2 lits)

La réduction de la capacité des lits généraux est de 18 % au niveau national. La question se pose de savoir s'il s'agit d'une réduction du nombre de lits, de fermetures de cliniques ou d'annonces basées sur la poursuite ou l'augmentation des congés maladie du personnel soignant ou des médecins.

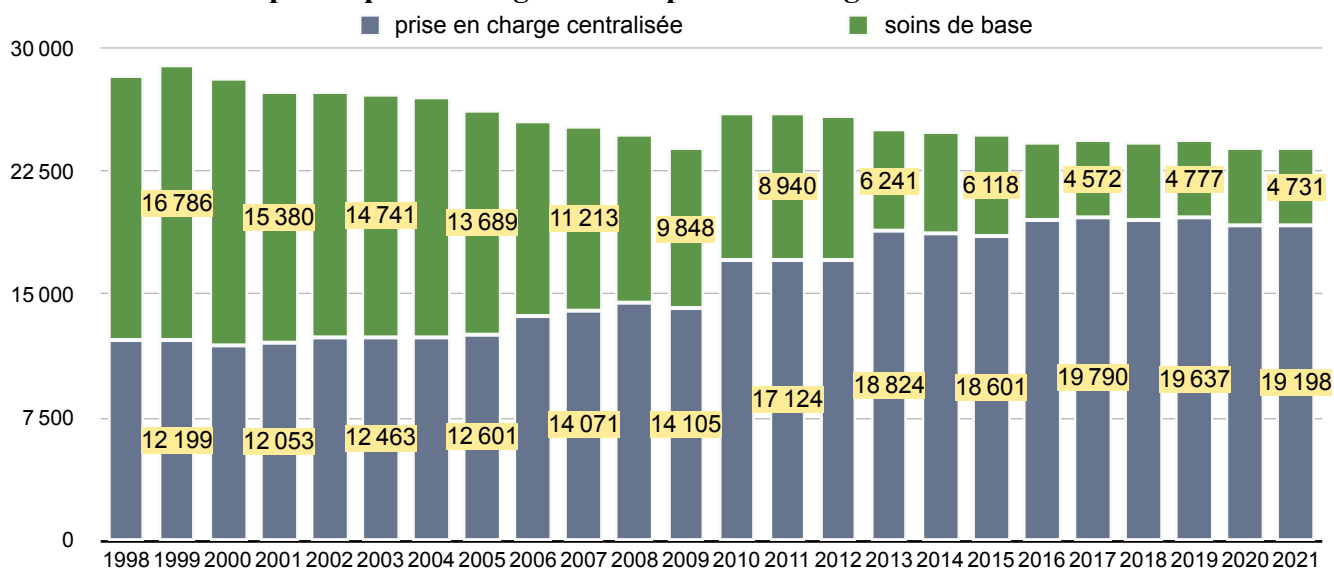
Nombre d'hôpitaux en Suisse de 1998 à 2021



Graphique 13-6; (source Statista²⁴)

Entre 1998 et 2021, le nombre d'hôpitaux en Suisse a été réduit de 27 % alors que la population a augmenté de 22,7 %.

Lits dans les hôpitaux pour soins généraux : prise en charge centralisée et soins de base



Graphique 13-7; (source Statista²⁵)

2010 marque une rupture dans les séries chronologiques, un changement de système met l'accent sur la prise en charge centralisée par les cliniques universitaires et autres.

Les prises en charge centralisées sont les hôpitaux qui traitent plus de 9000 cas stationnaires par an et assurent une part plus importante de la formation. Les fournisseurs de soins de base sont les hôpitaux qui traitent un niveau de soins de 0 à 9'000 cas stationnaires par an.

La capacité totale a été réduite de 28'985 en 1999 à 23'929 en 2021.

²⁴ Statista : Nombre d'hôpitaux en Suisse de 1998 à 2021 ; URL : <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/306939/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-der-schweiz/?locale=de>

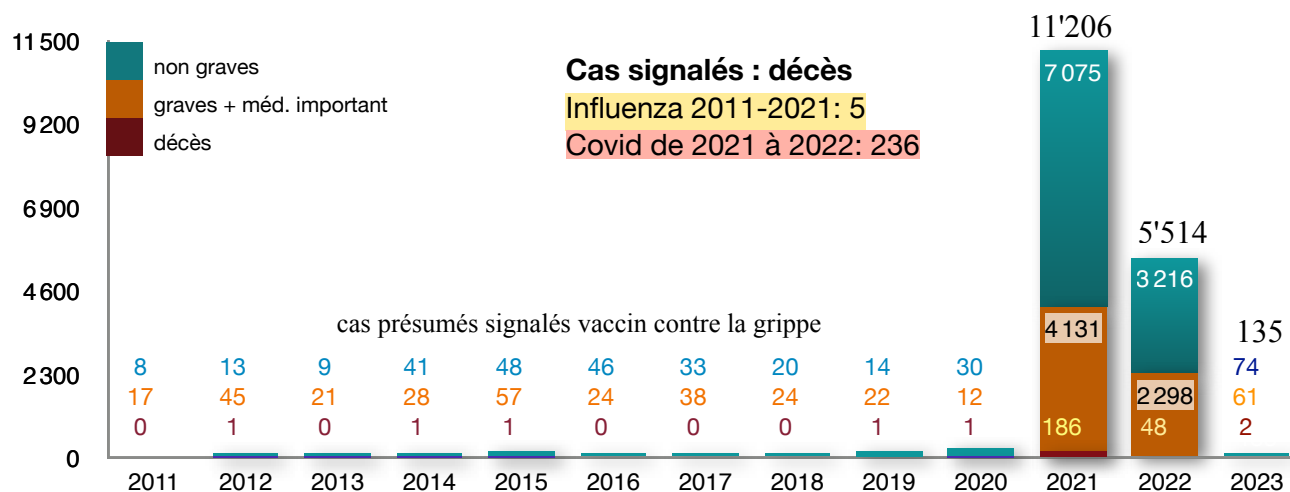
²⁵ Statista : Nombre de lits dans les hôpitaux en Suisse par type de 2011 à 2021; URL : <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1009350/umfrage/betten-in-krankenhaeusern-in-der-schweiz-nach-typ/?locale=de>

14. Effets secondaires des vaccins documentés

14.1. Swissmedic : Déclarations d'effets indésirables présumés des vaccins en Suisse

(situation au 22.02.2023, nombre absolu de cas)

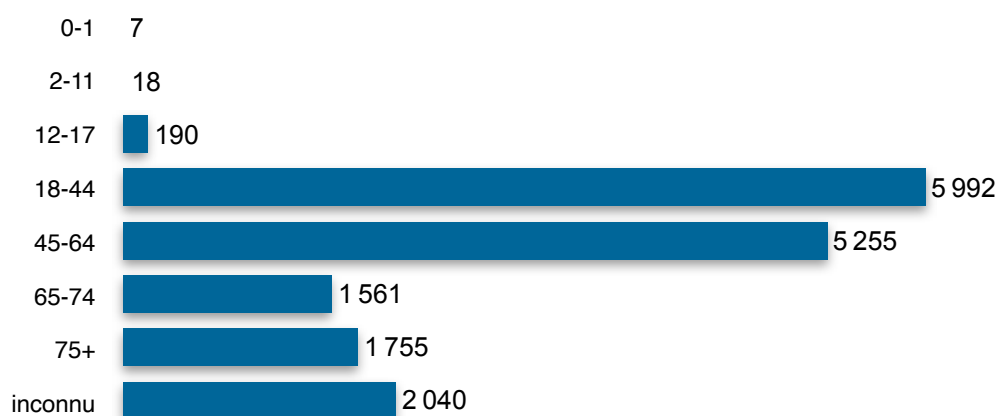
2011-2020, effets secondaires des vaccins contre la grippe, dès 2021, uniquement « vaccins » ARNm Covid-19



Graphique 14-1; (source Swissmedic-1)

- 16'855 déclarations présumées sur 6'122'889 personnes vaccinées
- 52'404 réactions vaccinales déclarées, 3,11 réactions par déclaration

Groupes d'âge concernés par les effets secondaires des vaccins ARNm (situation au 24.02.2023)



Graphique 14-2; (Source Swissmedic-1)

Il convient de noter que la part des groupes d'âge jeunes et moyens est largement prépondérante, c'est la plus concernée. Cette proportion est totalement opposée à leur part dans les cas graves et mortels de Covid-19. Ce sont manifestement les groupes d'âge qui sont exposés à un risque élevé d'effets secondaires graves à mortels de la vaccination, alors qu'ils sont le moins, voire pas du tout, concernés par le risque de maladie. 2'040 cas de « groupes d'âge inconnus » indiquent une méthode de travail peu rigoureuse qui conduit à une représentation faussée (biais).

Effets secondaires vaccin grippe signalés dans les rapports sur la grippe saisonnière

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
tous les cas présumés	25	58	30	69	105	70	71	44	36	42	38
non grave	8	13	9	41	48	46	33	20	14	30	35
grave*	17	45	21	28	57	24	38	24	22	12	3
décès	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0
doses**	1 150K	1 300K	1 070K	1 150K	1 250K	1 070K	1 150K	1 130K	1 180K	1 900K	1 650K
doses -10 %	1 035K	1 170K	963K	1 035K	1 125K	963K	1 035K	1 017K	1 062K	1 710K	1 485K

Tableau 14-1 (sources : Rapports saisonniers sur la grippe)

* Les catégories « grave » et « médicalement important » sont regroupées : *un problème de sécurité annoncé est qualifié de « grave » s'il concerne un effet indésirable (EI) léthal, provoquant ou prolongeant une hospitalisation, susceptible de mettre la vie en danger, entraînant une incapacité significative ou durable, ou se manifestant par une anomalie congénitale. Par ailleurs, est qualifiée de « médicalement importante » (et donc également de « grave ») toute annonce qui ne remplit pas les critères d'un EI grave, mais qui signale un événement significatif selon l'évaluation médicale. Toutes les autres annonces sont considérées comme « non graves » (par exemple les effets indésirables évoluant spontanément vers la guérison, avec bonne récupération).*²⁶

** Il s'agit des doses livrées selon les rapports sur la grippe de l'OFSP. Comme les médecins doivent payer les doses non administrées, on peut s'attendre à une utilisation élevée des doses livrées. A titre d'exemple, les taux proportionnels d'effets secondaires de la vaccination (AEFI - Adverse events following immunisation) ont été calculés pour 10 % de non-utilisation des doses livrées.

Comparaison des effets secondaires des vaccins contre la grippe et de ceux contre le Covid-19

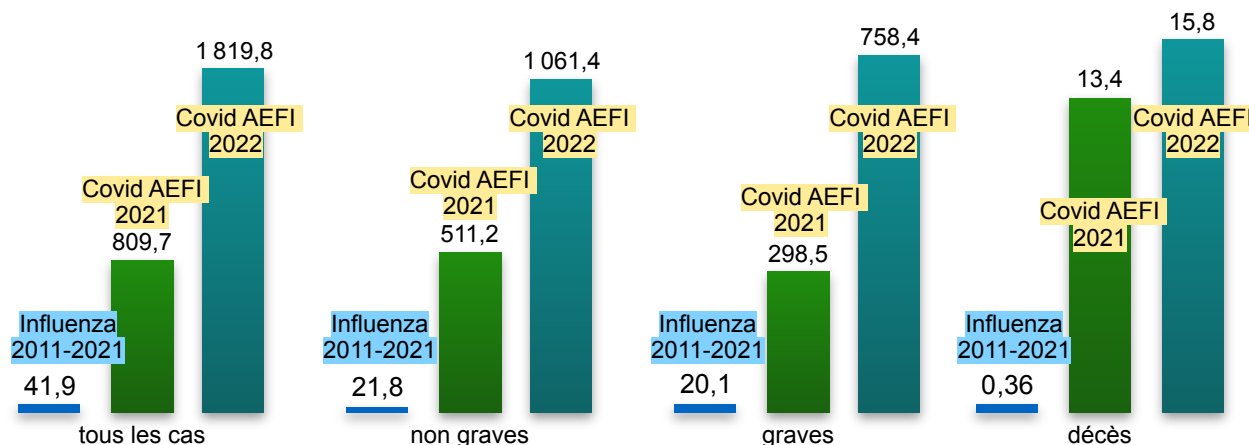
	Influenza 2011-2021	Influenza 2011-2021 doses -10%	AEFI Covid 2021	Hausse par rapport à Influenza: facteur	AEFI Covid 2022	Hausse par rapport au Covid 2021
tous les cas présumés	588	588	11 206		5 514	
non grave	297	297	7 075		3 216	
grave	291	291	4 131		2 298	
décès	5	5	186		48	
doses de vaccin	14 000K	12 600K	13 840K		3 030K	
tous les cas par million de doses	42,0	46,7	809,7	19,3	1 819,8	2,2
non grave par million	21,2	23,6	511,2	24,1	1 061,4	2,1
grave par million	20,8	23,1	298,5	14,4	758,4	2,5
décès par million	0,36	0,40	13,4	37,6	15,8	1,2

Tableau 14-2 (sources : OFSP 16, Rapports saisonniers sur la grippe, Swissmedic-1)

Par rapport à 11 ans de vaccination contre la grippe, les effets secondaires de la vaccination de tous les cas présumés ont été multipliés par **19,3**, les cas graves par **14,9** et les décès par **37,6**. L'année suivante, en 2022, après la grande campagne de vaccination de 2021, la proportion d'effets secondaires des « vaccins » à ARNm Covid par dose de vaccin a plus que doublé.

²⁶ Swissmedic: Vaccinogilance – Événements indésirables post-vaccinaux 2020, p. 9; URL : <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-a-usage-humain/surveillance-du-marche/pharmacovigilance/vaccinogilance/vaccinogilance-2020.html>

Effets secondaires des vaccins Covid par rapport à ceux contre la grippe par million de doses



Graphique 14-3 (sources : OFSP 16, Rapport sur la saison de la grippe, Swissmedic-1, tableau 14-2)

Par rapport aux vaccins contre la grippe, on constate de fortes augmentations en termes de sécurité.

14.2. Swissmedic assume-t-il son obligation de contrôle de la sécurité ?

Traitement des données et publication

Dans la 29e mise à jour des annonces d'effets indésirables suspectés des vaccins Covid-19 en Suisse, Swissmedic indique d'une part que « *de vastes données actuelles peuvent être collectées en permanence concernant le rapport bénéfice-risque de ces préparations et des informations sur des effets secondaires rares encore inconnus peuvent être intégrées dans les informations sur les médicaments.* » En bombant le torse, mais sans aucune preuve, on affirme « *Les vaccins autorisés en Suisse réduisent le nombre de formes graves du COVID-19.* » On assure poursuivre la « *surveillance étroite des vaccins COVID-19* » mais on ne publiera plus de mises à jour régulières des rapports de sécurité.²⁷

Détection des signaux relatifs à la sécurité

Les deux analyses de cas du rapport de pharmacovigilance 2020 peuvent être considérées comme le format habituel par lequel Swissmedic a traité et publié les « réactions indésirables fatales après vaccination » :

Cas 1 (vaccin contre la grippe 2020): « *un cas signalé dans un article scientifique décrivant la survenue d'un échec de la vaccination (vaccin inefficace) par le vaccin contre Haemophilus de type B (HIB) chez un patient âgé de 14 ans. L'adolescent a développé une infection sévère au HIB qui a provoqué une insuffisance respiratoire aiguë et un arrêt cardio-respiratoire peu de temps après son admission à l'hôpital. Malgré toutes les mesures et traitements de soins intensifs qui ont été déployés, le patient est décédé 72 heures après le début des symptômes. Selon les auteurs de l'article, malgré la bonne immunogénicité globale du vaccin contre le HIB, de rares cas d'infection continuent d'être observés dans la mesure où un échec de la vaccination reste possible.* »²⁸

Interprétation discutable ? Je considère discutable de qualifier une « réaction vaccinale indésirable » mortelle, initiée par le processus de vaccination, d'inefficacité ou d'échec de la vaccination. La question n'est pas de savoir s'il n'y a pas eu de « protection contre la grippe », mais quels défauts de sécurité ont fait que le vaccin a déclenché précisément la maladie contre laquelle il

²⁷ source : Swissmedic 1

²⁸ Swissmedic : Vaccinovigilance – Effets indésirables liés à une vaccination 2020, p. 11

était censé protéger - un phénomène également propre aux vaccins Covid. Il ne s'agit pas seulement d'un échec de la vaccination, mais d'une mauvaise réaction activement déclenchée, voire d'une erreur d'appréciation du médecin sur l'état du patient avant la vaccination.

Cas 2 (« vaccin » Covid 2020): *« un autre cas de décès à la suite d'une vaccination contre le COVID-19 chez un patient de 91 ans présentant un cancer de la prostate sous-jacent, un bloc auriculo-ventriculaire du 1er degré, une hypertension artérielle, un diabète, une démence et une incontinence urinaire. Ce patient très âgé et polymorbide a également développé une infection urinaire et potentiellement, un état septique aigu, entraînant une détérioration générale rapide, puis le décès. Aucune autopsie n'a été effectuée, dans la mesure où il a été supposé que le décès était dû à des causes naturelles . »*²⁹

Faute médicale ou directives erronées de Swissmedic ? Il s'agit ici du seul cas que je connaisse pour lequel Swissmedic a établi un rapport et procédé à une évaluation avec la même rigueur que pour chaque décès survenu jusqu'à présent suite à une vaccination. La question fondamentale qui se pose est de savoir quel bénéfice un homme de 91 ans dans l'état décrit devrait tirer d'une vaccin - quelle que soit la maladie ? De tels cas, déjà rapportés à plusieurs reprises, ne doivent en aucun cas être considérés comme des cas isolés. Combiné à l'interdiction de visite et à l'obligation de porter un masque, il s'agit là de l'accompagnement le plus inhumain d'une personne après une vie de 91 ans, et l'autorité de la commission des vaccinations qui publie des instructions d'exécution port aussi une part de responsabilité.

Le fait que Swissmedic ne publie aucun rapport de fond sur les 236 décès survenus à la suite d'une vaccination Covid, mais tente de se tirer d'affaire avec le disclaimer suivant, qui accompagne chaque « rapport de sécurité » sous une forme presque inchangée depuis le premier cas, est extrêmement problématique :

« Dans 236 des cas graves, on a constaté le décès de la personne vaccinée après un laps de temps plus ou moins long. Les personnes décédées avaient en moyenne 78,3 ans. Une analyse approfondie de ces cas sur la base des données disponibles a montré que malgré une association temporelle, il existe d'autres causes possibles ou plus probables susceptibles d'expliquer l'événement. »

Si jusqu'à présent, lors de l'examen de décès suite à des vaccins, on effectuait souvent une autopsie pour éclaircir la situation et rassemblait minutieusement tous les détails, le rejet en bloc de tout soupçon relève du refus de remplir ses obligations de la part d'une autorité « indépendante » tenue de veiller à la santé du peuple suisse. On ne voit pas ici de responsabilité pour la santé, mais seulement un soutien aux entreprises pharmaceutiques qui ont obtenu des autorisations à durée limitée dans le cadre d'une procédure rapide, autorisations qui ne sont pas remises en question mais doivent être protégées à tout prix des doutes - je ne vois pas d'autre motivation.

Die schon in Graphik 13-3 gezeigten schweren Sicherheitssignale 2021 werden in der Zusammenfassung zum zugehörigen Vigilance-Bericht 2021 auf Seite 5 lediglich einer « *vaste campagne de vaccination et d'information sur le Covid 19, qui a conduit à une sensibilisation aux nouveaux vaccins Covid 19 dans la population et chez les professionnels de la santé* » et a donc entraîné des déclarations excessives.

²⁹ Swissmedic : Vaccinovigilance – Effets indésirables liés à une vaccination 2020, p. 11

Effets secondaires des vaccins publiés par l'OFSP sous forme de fichier csv : Coronavirus : situation en Suisse³⁰

COVID19VaccSymptoms

date	geoRegion	vaccine	severity	age_group	sumTotal	type	version
2022-04-05	CHFL	all	all	all	14 624	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	serious	all	5 491	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	not_serious	all	9 133	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	0 - 1	0	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	12 - 17	171	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	18 - 44	5 149	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	2 - 11	14	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	45 - 64	4 537	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	65 - 74	1 332	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	75	1 614	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	all	all	unknown	1 776	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	johnson_johnson	all	all	126	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	johnson_johnson	serious	all	59	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	johnson_johnson	not_serious	all	67	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	moderna	all	all	10 122	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	moderna	serious	all	3 394	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	moderna	not_serious	all	6 728	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	pfizer_biontech	all	all	4 068	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	pfizer_biontech	serious	all	1 867	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	pfizer_biontech	not_serious	all	2 201	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	unknown	all	all	308	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	unknown	serious	all	171	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49
2022-04-05	CHFL	unknown	not_serious	all	137	COVID19VaccSymptoms	2022-04-19_08-27-49

Tableau 14-3 (source OFSP 18)

- Dernière mise à jour le 19.04.2022, données jusqu'au 5 avril 2022.
- Les groupes d'âge ne sont pas différenciés par vaccin.
- Le « age_group » unknown contient 12,2% de tous les effets secondaires des vaccins déclarés et peut inverser toute la statistique des groupes d'âge.
- Dans 2,1 % des notifications, le vaccin est marqué « unknown ».
- Sur 7 notifications (07.03.2022) dans les groupes d'âge 0-1 an, six cas sont supprimés le 08.03.2021. Le dernier cas d'effet indésirable restant est supprimé le dernier jour du rapport (05.04.2022), de sorte que le bilan dans le fichier csv se termine par zéro ! Dans le rapport actuel, sept cas sont à nouveau enregistrés.
- Dans les groupes d'âge 2-11 ans, deux cas sont signalés : Le 08/03/2022, neuf cas sont enregistrés, le 05/04/2022, cinq autres cas. Il n'y a pas de suppression.
- Le fichier contient 171 effets secondaires de vaccination dans les groupes d'âge 12-17 ans jusqu'au 05.04.2022 - aucune suppression, 18-44 ans : 5'149 cas, aucune suppression, 45-64 ans : 4'537 cas, aucune suppression, 65-74 ans : 1'332 cas, aucune suppression.

Au vu des lacunes mises en évidence, ce rapport sur les symptômes de la vaccination devrait être critiqué comme un refus de l'OFSP et de Swissmedic de surveiller la sécurité.

³⁰ OFSP : Covid-19 Suisse - Informations sur la situation actuelle, situation au 21 février 2023, données au format csv ; URL : <https://www.covid19.admin.ch/api/data/20230221-lwzk1h05/downloads/sources-csv.zip>

14.3. Les risques particuliers liés à la vaccination et leur traitement

Systèmes d'organes touchés par les effets secondaires des vaccins en Suisse

Système d'organes touché	Moderna	BioNTech	Janssen
General disorders and administration site conditions (10018065)	12 600	3 374	208
Nervous system disorders (10029205)	5 280	2 120	131
Musculoskeletal and connective tissue disorders (10028395)	3 428	1 258	81
Skin and subcutaneous tissue disorders (10040785)	5 065	884	41
Gastrointestinal disorders (10017947)	2 322	780	48
Respiratory, thoracic and mediastinal disorders (10038738)	1 275	772	35
Cardiac disorders (10007541)	1 016	471	18
Infections and infestations (10021881)	1 036	890	32
Reproductive system and breast disorders (10038604)	783	338	16
Psychiatric disorders (10037175)	563	214	18
Vascular disorders (10047065)	550	303	11
Blood and lymphatic system disorders (10005329)	502	222	
Eye disorders (10015919)	439	202	23
Investigations (10022891)	388	216	12
Ear and labyrinth disorders (10013993)	329	165	14

Swissmedic n'a reçu que 7 déclarations présumées concernant le vaccin Nuvaxovid durant la période évaluée.

Tableau 14-4; (source Swissmedic 1)

Swissmedic fait état de la **myocardite** et de la **péricardite** la dernière fois dans le rapport précédent du 25.11.2022. Dans le rapport actuel du 24.02.2023, ces indications sont totalement absentes. Avec 1'303 « Cardiac Disorders » rapportés dans le rapport du 25.12.2022, il faut partir du principe que cela inclut les 416 cas de myocardite et de péricardite. Cela correspond à 31,9 % des complexes de symptômes cardiologiques rapportés. Dans le rapport actuel, le nombre total de « Cardiac Disorders » est passé à 1 958 cas. Si la proportion de myocardite et de péricardite reste stable à 31,9 %, cela correspondrait à une augmentation de 625 cas de cette complication vaccinale potentiellement mortelle. On peut supposer ici une dissimulation intentionnelle d'une augmentation menaçante d'environ 50 % par Swissmedic, qui est en revanche responsable d'une surveillance de la sécurité et non d'une dissimulation des risques.

Le rapport du 25.11.2022 faisait état de 416 cas suspects (94 Comirnaty, 306 Spikevax, 4 Janssen et 12 cas avec un vaccin inconnu). 300 étaient des hommes. Selon le rapport, la majorité d'entre eux se sont rétablis, ce qui signifie qu'une proportion inconnue était toujours sous traitement. Les lecteurs n'ont pas été informés de l'éventualité d'une issue fatale. Par rapport aux 188 cas d'effets secondaires de myocardite et de péricardite signalés dans toute l'Europe pour des vaccins contre la grippe administrés pendant plus de 14 ans, la Suisse se situait déjà à l'époque **2,2 fois au-dessus du nombre absolu de cas annoncés pour l'ensemble de l'espace économique européen !**

Par contre, les statistiques médicales des hôpitaux montrent l'évolution suivante des myocardites et péricardites, dont voici les codes de diagnostic :

Code ICD-10	
I400	Myocardite infectieuse
I401	Myocardite isolée
I408	Autre myocardite aiguë
I409	Myocardite aiguë, non précisée
I514	Myocardite, non précisée

I300	Péricardite aiguë idiopathique non spécifique
I301	Péricardite infectieuse
I308	Autres formes de péricardite aiguë
I309	Péricardite aiguë, non précisée
I310	Péricardite chronique adhésive
I311	Péricardite chronique constrictive

Tableau 14-5; (source OFS 10)

Nombre d'hospitalisations pour myocardite et péricardite en Suisse

0-14ans Hospitalisations myocardites et péricardites

Code ICD-10	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400		1	3		4	2	1
I401							
I408			1	1	2	2	3
I409	1	2	2	1	2		2
I514	2						

↑ myocardites ↓ péricardite

I300	1						
I301	1	1	2		3	3	3
I308	4		3	1	1	4	3
I309		1	3		1	2	1
I310							
I311							
Somme	9	5	14	3	13	13	13

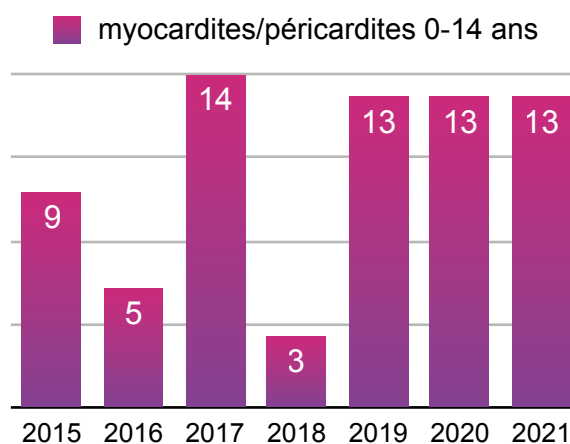


Tableau 14-6, graphique 14-4 ; (source OFS 0)

Il n'y a pas d'évolution notable du nombre de cas dans le groupe d'âge des plus jeunes.

15-38 ans Hospitalisations myocardites et péricardites

ICD-10 Kode	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400	16	21	10	19	13	11	20
I401	14	6	6	4	12	6	4
I408	14	44	20	20	21	14	60
I409	9	20	18	7	10	16	14
I514	5	22	6	7	10	7	7
↑ myocardites ↓ péricardites							
I300	7	28	15	14	16	12	13
I301	14	15	15	18	26	13	26
I308	12	19	12	18	26	7	22
I309	12	5	11	16	15	13	19
I310		4	8	18		0	
I311	14	10	22	4		14	22
Somme	117	194	143	145	149	113	207

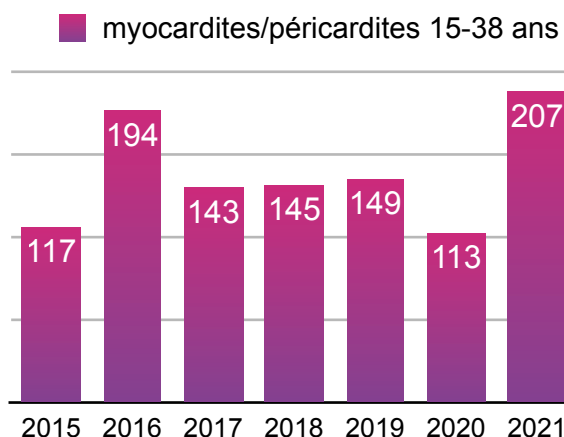


Tableau 14-7, Graphique 14-5; (source OFS 10)

Chez les jeunes adultes jusqu'à 38 ans, on observe en 2020 une baisse notable des myocardites et péricardites aiguës, qui pourrait être liée aux restrictions d'admission et à l'absence d'exams et d'investigations suite aux mesures prises dans le cadre de la pandémie. En revanche, le code CIM-10 I408 pour les autres myocardites aiguës augmente en 2021 et atteint une nouvelle valeur maximale.

40-69 ans Hospitalisations myocardites et péricardites

ICD-10 Kode	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400	29	24	34	30	42	30	33
I401	2	2	2	7	5	4	5
I408	23	26	27	33	49	49	82
I409	21	43	35	39	41	28	23
I514	19	26	16	31	27	26	30
↑ myocardites ↓ péricardites							
I300	43	24	44	57	56	42	70
I301	98	82	108	101	96	91	93
I308	50	55	56	50	70	58	59
I309	69	70	88	84	93	65	65
I310	2		3	2	2		4
I311	11	21	16	22	20	29	26
Somme	367	373	429	456	501	422	490

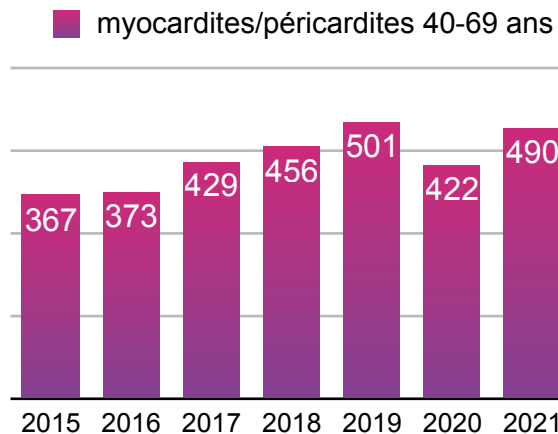


Tableau 14-8, Graphique 14-6; (source OFS 10)

Dans le groupe d'âge 40-69 ans, la diminution en 2020 concerne surtout les péricardites non précisées (code I308, 309). En revanche, le nombre de myocardites non spécifiées (I408) augmente en 2021, passant de 49 à 82, ce qui pourrait suggérer un lien compréhensible avec la myocardite post-vaccinale et, le cas échéant, post-infection au Covid-19. La faible valeur de 49 en 2020 ne plaide toutefois pas en faveur de myocardites dues à des infections Covid.

70+ Hospitalisations myocardites et péricardites

ICD-10 Kode	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
I400	5	7	5	7	9	13	8
I401	1		2				
I408	12	6	6	14	13	24	18
I409	9	8	8	8	5	10	7
I514	8	6	6	7	11	12	7
	↑ myocardites		↓ péricardites				
I300	19	23	21	18	35	25	41
I301	51	39	53	57	46	39	66
I308	36	23	33	35	46	39	55
I309	37	31	56	40	61	58	51
I310		3				2	1
I311	15	10	18	17	10	10	12
Somme	193	156	208	203	236	232	266

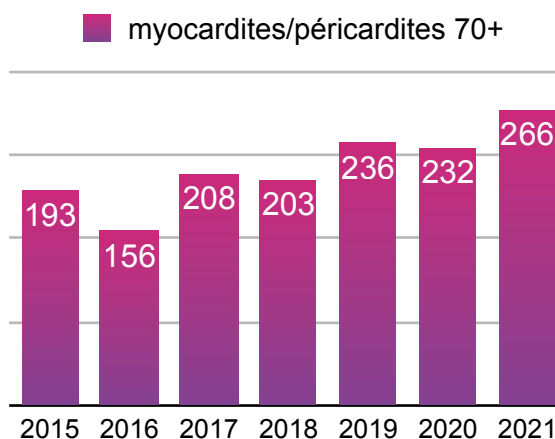


Tableau 14-9, Graphique 14-7; (source OFS 10)

Dans le groupe d'âge le plus élevé, 70+, pas de baisse notable en 2020, par contre on trouve en 2021 notamment un nombre de cas nettement plus élevé de péricardites aiguës non spécifiques, infectieuses et autres (I300, 301 et I308). Dans le contexte des mises en garde adressées aux médecins, du nombre élevé de cas déclarés en Suisse et dans le monde, des signaux d'alerte sont visibles dans tous les groupes d'âge à partir de 15 ans - en particulier chez les hommes jeunes.³¹ En l'absence d'indication identifiable pour un vaccin à « l'utilité » douteuse, cela devrait signifier un arrêt immédiat de la recommandation et de l'autorisation. Certains pays d'Europe du Nord ont réagi à cette situation, en partie du moins, par l'arrêt ou l'exclusion de certains groupes.

De même, le rapport de 600 cas de **troubles menstruels** liés aux vaccins Covid-19, avec une fréquence particulière de saignements menstruels importants (« heavy menstrual bleeding »), encore rapporté dans la dernière publication avec l'indication qu'ils étaient à l'étude et que l'on envisageait même de les inclure dans les informations sur le produit. Concernant un lien possible, qui semblait absolument plausible, avec la baisse exceptionnelle des naissances neuf mois après la vaccination, aucune référence à des études causales correspondantes. Dans le rapport du 24.02.2023, ce sujet a lui aussi disparu.³²

Déclarations de troubles menstruels³³

Depuis que les vaccinations contre le COVID-19 ont commencé, Swissmedic a reçu environ 600 rapports faisant état de diverses formes de troubles menstruels, dont les plus fréquents sont des saignements plus abondants (« heavy menstrual bleeding »). Compte tenu de ces déclarations et des résultats d'études existants à ce sujet, l'intégration de ces réactions dans les informations sur le produit des vaccins à ARNm contre le COVID-19 est actuellement à l'étude.

En revanche, le **syndrome post-vac** fait l'objet d'un rapport détaillé, dans lequel on s'efforce expressément d'effacer tout lien de cause à effet avec le vaccin en évoquant, parmi les symptômes

³¹ Swissmedic : Mise en garde contre la myocardite ; URL : <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-a-usage-humain/surveillance-du-marche/health-professional-communication--hpc/dhpc-mrna-impfstoffe-gegen-covid-19.html>

³² Swissmedic : Déclarations d'effets indésirables présumés de vaccins contre le Covid-19 évaluées en Suisse: 28ème mise à jour ; URL : <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/covid-19-vaccines-safety-update-18.html>

³³ source . Swissmedic-1, Rapport du 25.11.2022

caractéristiques, d'éventuels recoupements avec le syndrome du long Covid, l'encéphalomyélite myalgique et le syndrome de fatigue chronique (ME/CFS). Si un soin extrême est apporté à la délimitation de ces tableaux cliniques, il en va tout autrement pour le diagnostic de Covid-19. Un simple résultat de test ou test rapide d'antigène compte comme preuve quasi « causale » de Covid-19. On « triche » ici avec un double langage, ce qui ne bénéficie pas à la santé de la population suisse qui leur est confiée ! Cela équivaut à un refus du mandat de pharmacovigilance.

Les considérations de sécurité que Swissmedic tire des effets secondaires entraînant des **chocs anaphylactiques** potentiellement mortels, aboutissent à une liste d'instructions à l'intention des professionnels de la santé auxquels revient en fin de compte la responsabilité :

- *Avant toute vaccination, il **convient** de demander aux personnes si elles ont des antécédents de réactions allergiques/anaphylaxies et si elles ont une hypersensibilité connue à l'un des composants du vaccin[4] ;*
- *La rhinite allergique, les allergies alimentaires et l'asthme ne constituent pas des contre-indications à la vaccination ;*
- *Sans antécédents connus de réactions allergiques, tout patient doit attendre au moins 15 minutes après l'injection du vaccin avant de repartir, afin de surveiller l'apparition d'éventuelles réactions d'hypersensibilité ;[5]*
- *Pour les patients ayant des antécédents d'anaphylaxies ou de certaines allergies, les **recommandations** en matière de surveillance et de **prétraitement** édictées par la Société Suisse d'Allergologie et d'Immunologie (SSAI) doivent être suivies ;5*
- *Le personnel des centres de vaccination **doit** savoir **reconnaître et traiter** les symptômes typiques d'une réaction allergique/anaphylactique. Aussi le matériel d'urgence pour le traitement de l'anaphylaxie (y compris l'adrénaline) doit être disponible sur place.*
- *La déclaration des suspicions d'effets indésirables par les professionnels de santé est **essentielle** pour permettre une surveillance continue du rapport bénéfices-risques des médicaments et des vaccins. Nous vous prions d'envoyer ces déclarations via le portail électronique ELViS (Electronic Vigilance System) et vous renvoyons à notre site web www.swissmedic.ch/elvis pour de plus amples informations à ce sujet.*

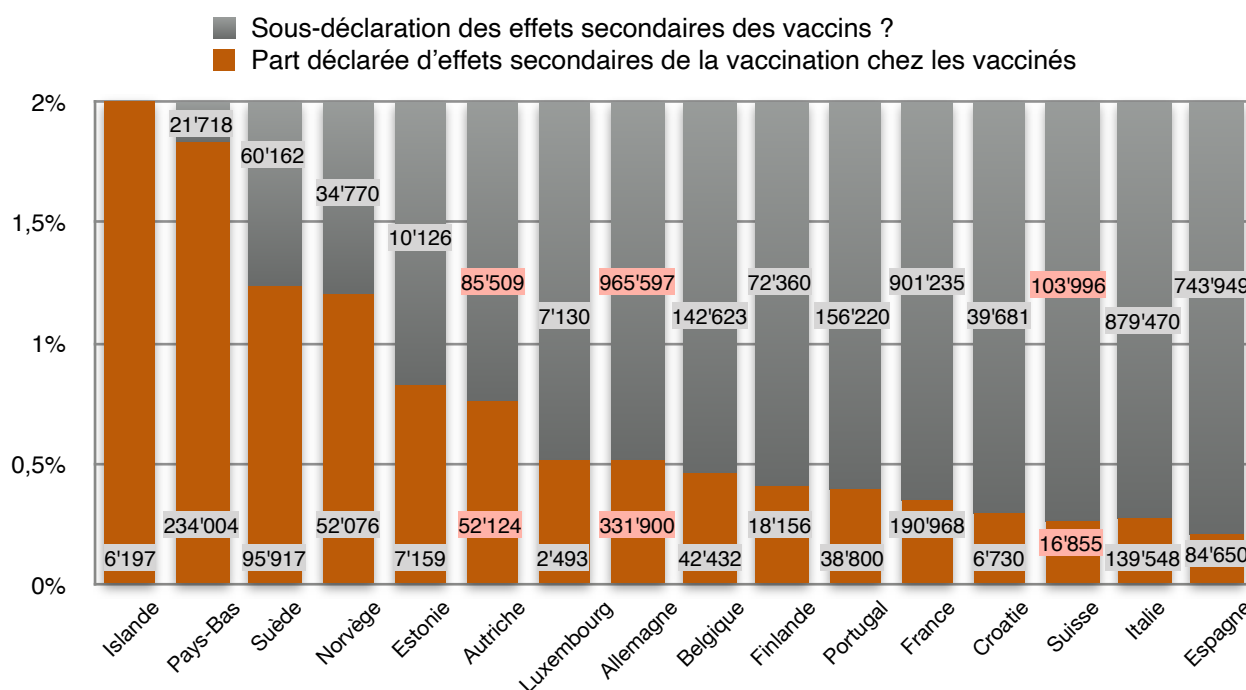
Ces estimations reportent sur les médecins vaccinateurs un grave problème de sécurité qu'ils sont incapables d'assurer et de fournir en mode vaccination de masse. Aucune recommandation contre la vaccination n'est octroyée aux médecins de famille qui connaissent les maladies antérieures.

En ce qui concerne le profil de sécurité du vaccin ARNm Covid-19 Vaccine Janssen, également administré depuis peu en Suisse, Swissmedic fournit aux professionnels de santé des indications sur les effets secondaires « rares » tels que thromboses, syndrome de thrombocytopenie, syndrome de fuite capillaire et syndrome de Guillain-Barré. L'accent n'est pas mis ici sur une prophylaxie par une évaluation renforcée des bénéfices et des risques, mais seulement sur la nécessité de pouvoir « mettre en place des mesures diagnostiques et thérapeutiques adéquates » en cas de problème déjà survenu.³⁴ Aucune indication de nature à contribuer à une évaluation de la sécurité dans le cadre d'un conseil approprié sur les risques.

³⁴ Swissmedic : Observations à l'attention des professionnels de la santé au sujet du profil de sécurité du vaccin contre le Covid-19 de Janssen ; URL : <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/hinweise-fachpersonen-sicherheitsprofil-covid-19-vaccine-janssen.html>

14.4. Comparaison avec les systèmes de déclaration internationaux

Taux de non-déclaration des effets secondaires des vaccins sur la base du taux islandais



Graphique 14-8 (calcul personnel)

Source : Rapports nationaux sur les effets secondaires des vaccins de tous les pays

Sur la base du % d'effets indésirables vaccinaux déclarés (par exemple 2,0 % en Islande), on estime que les vaccins devraient présenter un taux d'effets indésirables proche dans les autres pays. Il faut toutefois supposer qu'une partie considérable des effets secondaires n'est pas déclarée. Ainsi, la sous-déclaration des effets indésirables est calculée à partir de la différence entre le taux de déclaration en pourcentage et le taux attendu de 2,0 %, puis extrapolée au nombre de personnes vaccinées.

Calcul de la sous-déclaration en chiffres

Pays	Date du rapport national	Date état vaccination	Vaccinés (au moins 1 dose)	Annonces dommages vaccinaux	Annonces en %	Sous-déclaration en %	Sous-déclaration annonces vaccinés
Islande	27.01.23	16.12.22	309 770	6 197	2,00	0,00	0
Pays-Bas	08.01.23	27.11.22	12 775 557	234 004	1,83	-0,17	21 718
Suède	05.01.23	24.11.22	7 813 302	95 917	1,23	-0,77	60 162
Norvège	22.11.22	11.10.22	4 346 282	52 076	1,20	-0,80	34 770
Estonie	30.09.22	19.08.22	865 499	7 159	0,83	-1,17	10 126
Autriche	31.12.22	19.11.22	6 895 915	52 124	0,76	-1,24	85 509
Luxembourg	06.12.22	25.10.22	481 772	2 493	0,52	-1,48	7 130
Allemagne	31.10.22	19.09.22	64 805 190	331 900	0,51	-1,49	965 597
Belgique	24.11.22	13.10.22	9 261 249	42 432	0,46	-1,54	142 623
Finlande	15.12.22	03.11.22	4 522 531	18 156	0,40	-1,60	72 360
Portugal	30.09.22	19.08.22	9 763 741	38 800	0,40	-1,60	156 220
France	12.01.23	01.12.22	54 620 299	190 968	0,35	-1,65	901 235
Croatie	27.01.23	16.12.22	2 320 529	6 730	0,29	-1,71	39 681
Suisse	24.02.23	22.02.23	6 042 534	16 855	0,28	-1,72	103 996
Italie	26.09.22	15.08.22	50 836 397	139 548	0,27	-1,73	879 470
Espagne	19.01.23	08.12.22	41 330 488	84 650	0,20	-1,80	743 949
Total			276 991 055	1 320 009			4 224 548

Tableau 14-10 (calcul personnel graphique 14-8) – sous-déclaration : taux décl. inférieur à l'Islande

Remarques sur la sous- ou la sur-déclaration dans la base de données EudraVigilance

D'une manière générale, il faut partir du principe que les effets secondaires réels sont très largement sous-déclarés. Même si, dans certains cas, il est fait état d'un effet pouvant avoir d'autres causes, les raisons suivantes expliquent dans de nombreux cas la saisie lacunaire de nombreux cas individuels :

- De nombreux pays n'ont pas mis à jour leurs données depuis la dernière collecte et ont modifié l'intervalle entre les rapports, comme noté dans les rapports. Les rapports du Danemark, de la Slovaquie et de la République tchèque étaient introuvables le 18 février 2023.
- En Suède, il y a eu une très forte augmentation de 59 000 à environ 95 000 rapports, y compris pour les effets secondaires graves et les décès. On ignore les raisons de cette augmentation.
- Le rapport allemand de l'Institut Paul Ehrlich ne fait actuellement plus état d'aucun décès et ne comporte plus que 6 pages (auparavant plus de 40 pages).
- « *Depuis un certain temps, Swissmedic reçoit beaucoup moins de déclarations de suspicion d'effets indésirables qu'au début de la campagne de vaccination et ne publie plus, pour l'instant, de mises à jour régulières sur les déclarations d'effets indésirables présumés de vaccins contre le COVID-19 comme il le faisait auparavant. Les vaccins contre le COVID-19 restent cependant sous étroite surveillance. Swissmedic communiquera toute nouvelle donnée sur les risques et les signaux de sécurité relatifs aux vaccins par les canaux habituels (site Internet, DHPC).* »³⁵
- De nombreux effets secondaires tels que rougeurs, gonflements et douleurs au point d'injection, fièvre, maux de tête et douleurs articulaires, fatigue, malaises, nausées, agitation et gonflement des ganglions lymphatiques sont exclus de déclaration dans le formulaire PDF de déclaration obligatoire des effets secondaires des vaccins de l'Institut Paul-Ehrlich. Cette liste est également valable pour les auto-déclarations et les déclarations de proches non soumises à l'obligation de déclaration. D'autres pays ont des réglementations similaires. C'est la raison pour laquelle des effets secondaires supposés « légers » ne figurent que rarement dans la base de données.
- Les maladies auto-immunes, les troubles de la coagulation sanguine et les lésions nerveuses ne se développent qu'avec le temps et ne sont souvent pas mis en relation avec la vaccination.
- Dans le climat social actuel, marqué par la propagande en faveur du vaccin et la peur du Covid, la déclaration peut être omise par crainte de stigmatisation.
- La déclaration d'un décès peut être omise si les proches n'ont pas la force de le faire pendant la phase de deuil, car cela ne ramène pas la personne à la vie.
- Des déclarations sont supprimées en raison d'erreurs de forme.
- En raison des liens étroits entre l'EMA, les entreprises pharmaceutiques et les organisations de lobbying, l'indépendance de la gestion des données n'est pas garantie.

Les estimations types du taux de déclaration se situent entre 1 et 10 %. Lazarus & Klompas estiment que le taux de couverture des effets secondaires des vaccins dans le système d'enregistrement des États-Unis (VAERS) est inférieur à 1 %³⁶ Une revue de 37 études a abouti à

³⁵ Citation, source . Swissmedic -1, Rapport du 24.02.2023

³⁶ Ross Lazarus, Michael Klompas: *Electronic Support for Public Health—Vaccine Adverse Event Reporting System (ESP:VAERS)*, Grant ID: R18 HS 017045 Final Report and Lazarus, Ross; Klompas, Michael; Campion, Francis X et al. (2009) *Electronic Support for Public Health: validated case finding and reporting for notifiable diseases using electronic medical data. J Am Med Inform Assoc 16:18-24 .*

une médiane de 6 % de taux de détection (quartiles 2 %, 18 %)³⁷. Lasek et al.³⁸ estiment qu'au maximum 5 % des effets indésirables graves sont déclarés dans le cadre de systèmes de saisie spontanée. Le tableau suivant donne une idée des cas enregistrés (situation au 28.8.2021), des taux de détection supposés et du nombre de cas réels éventuels :

	Décès	Effets secondaires graves
Cas enregistrés	239	16 855
Taux de déclaration de 10 %	2 390	168 550
Taux de déclaration de 5 %	4 780	337 100
Taux de déclaration de 1 %	23 900	1 685 500

Tableau 14-11 (ex. de calcul des taux de déclaration : état des déclarations en Suisse au 22.02.2023)

Détails supplémentaires

Les cas présumés sont aussi enregistrés par l'EMA à l'échelle mondiale. Ils sont transmis à l'EMA d'une part par les autorités nationales (qui ne signalent bien sûr que les cas survenant dans l'EEE), d'autre part par les fabricants. Les autorités nationales doivent signaler les cas graves dans un délai de 15 jours, les autres dans un délai de 90 jours. Ces délais s'appliquent également aux producteurs, l'obligation de notification en dehors de l'UE ne s'appliquant qu'aux cas graves présumés.³⁹ Il résulte de ces procédures un délai de notification de six semaines en moyenne entre la vaccination et l'enregistrement d'un effet indésirable dans la base de données.

Les chiffres indiqués ici tiennent compte du fait que plusieurs symptômes ont été enregistrés par personne ou par déclaration de cas, chacun étant par exemple marqué comme mortel. Dans le rapport national suisse, ceci est précisé avec 3,16 réactions par déclaration. Une déclaration de symptôme est en outre dotée d'autres attributs, par exemple la durée, l'issue fatale ou la disparition du symptôme.

Le nombre d'effets indésirables graves est extrait de la base de données par analogie avec la classification. Pour les catégories « Mortel », « Hospitalisation » et « Handicapant », les cas qui ont finalement conduit à une issue fatale sont supprimés.

Le terme « handicapant » (Disabling) inclut les handicaps permanents et temporaires et peut également signifier « incapacité de travail ».

Le nombre de personnes vaccinées dans les pays de l'UE est fourni par le European Centre for Disease Prevention and Control (en tant que nombre de vaccins indiqués comme « première dose »).

³⁷ Lorna Hazell, Saad A W Shakir: *Under-reporting of adverse drug reactions : a systematic review* Drug Saf. 2006;29(5):385-96.

³⁸ Lasek R, Mathias B, Tiaden JD (1991) Erfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Dtsch Ärztebl 88:173–176

³⁹ *EudraVigilance: electronic reporting*

Comparaison des déclarations présumées : Suisse, Espace économique européen, USA

Vaccin	Suisse* 22.02.2023			EMA** (Espace économique européen) 25.02.2022			VAERS *** USA 25.02.2023		
	BioNTech	Moderna	Janssen	BioNTech	Moderna	Janssen	BioNTech	Moderna	Janssen
toutes les déclarations	4 696	11 641	166	1 005 592	277 414	57 755	436 693	426 476	72 481
grave	2 207	3 990	80	247 037	60 498	11 813	156 732	126 905	26 635
décès	236			8 639	1 192	342	7 596	7 355	1 956
personnes vaccinées	2 173K	3 862K	60K	199 260K	45 922K	5 676K	160 299K	100 649K	7 625K
cas/million pers.	2 161	3 014	2 762	5 047	6 041	10 174	2 724	4 237	9 505
décès/million pers	38,7			43,4	26,0	60,2	47	73	257
doses administrées	6 205K	10 625K	63K	562 525K	129 641K	16 025K	398 659K	250 311K	18 964K
cas/million de doses	757	1 096	2 619	1 788	2 140	3 604	1 095	1 704	3 822
myocardite + péricardite 22.11.22	94	306	4	20 931	5 890	394	14 408	4 393	324
décès	aucune mention dans le rapport			289	96	21	403	130	24
cas/million pers.	43,3	79,2	66,6	105,0	128,3	69,4	89,9	43,6	42,5
décès/million				1,5	2,1	3,7	2,5	1,3	3,1
cas/million de doses	15,1	28,8	63,1	37,2	45,4	24,6	36,1	17,6	17,1
† /million de doses	35,7	0,9		0,51	0,74	1,31	1,01	0,52	1,27
myo/péricardite				AEFI vaccin grippe depuis 2003			AEFI vaccin grippe depuis 1990		
doses vaccin contre				963 331 696			2 969 820 000		
cas myo/péricardite				188			347		
† myo/péricardite				14			30		
cas/1 million de				0,195			0,117		
† /million de doses				0,015			0,010		
cas Covid:Influenza	(respectivement par million de doses de vaccin)			190: 1	232: 1	125: 1	309: 1	150: 1	146: 1
† Covid : Influenza				35: 1	50: 1	90: 1	100: 1	51: 1	125: 1
saignements menstruels abondants				7 006	1 122	140	3 408	960	240
cas/million de pers.				35,16	24,43	24,66	21,26	9,54	31,47

Tableau 14-12; (sources: Swissmedic-1, OFSP 16, 17, EMA, VAERS)

/ source . impfnebenwirkungen.net, 28.01.2023

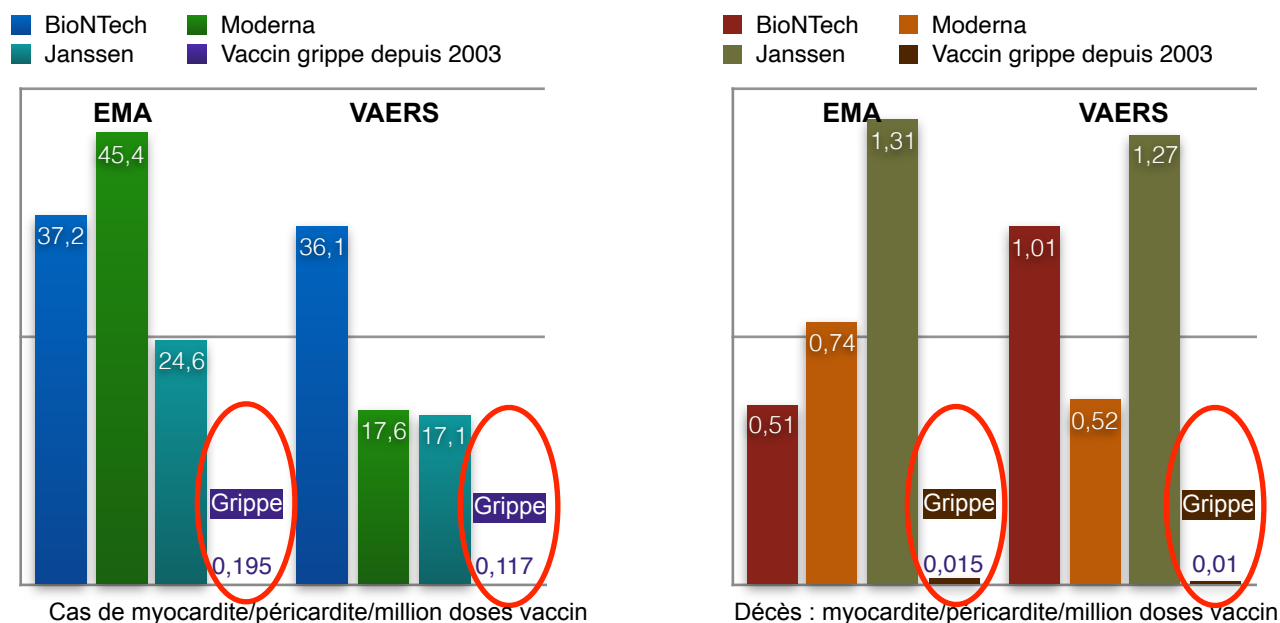
* Suisse : en raison des retards de déclaration attendus, on a pris en compte les doses de vaccin quatre semaines plus tôt, le 25 janvier 2023. Le nombre de vaccinés est calculé à partir du nombre de primo-vaccinations reçues. Pour la myocardite et/ou la péricardite, les données ne sont disponibles que depuis la 28e mise à jour jusqu'au 22.11.2022. Dans 12 cas, le vaccin est « inconnu à ce jour ».

** EMA : doses de vaccin, personnes vaccinées (primo-vaccinations) six semaines auparavant en date du 14/01/2023. En raison de la notification intermédiaire aux instituts nationaux, le retard de déclaration est plus élevé que pour les rapports nationaux de la Suisse et des États-Unis.

*** VAERS : les doses de vaccin et les vaccinés (primo-vaccinations) quatre semaines plus tôt au 28.01.2023 ont été pris en compte - nombre incluant le vaccin bivalent.

Le tableau contient 4 blocs : bloc supérieur - total déclarations présumées, 2e - myocardite/péricardite vaccins Covid, suivis des vaccins contre la grippe, 4e bloc : troubles menstruels.

Comparé à 20 (33) ans de vaccination contre la grippe⁴⁰



Grafiken 14-9 et 14-10 (représentation propre selon les données EMA et VAERS)

La comparaison entre les taux de cas et de décès pour myo/péricardite donne un signal de sécurité très marqué et devrait conduire à un arrêt général de la vaccination.

Décès déclarés des réactions indésirables des vaccins par groupes d'âge (UE et États-Unis)

	EMA 25.02.2023 (seulement EU)				depuis 2003	VAERS USA 25.02.2023				depuis 1990
	BioNTech	Moderna	Janssen	Total		BioNTech	Moderna	Janssen	Total	
0-1 mois	18	5	4	27	13	1	2	1	4	1
2 mois - 2 ans	7	6	1	14	37	4	5	0	9	154
3-11 ans	35	3	0	38	24	32	3	0	35	70
12-17 ans	143	25	4	172	15	114	25	0	139	26
18-24 ans*						100	78	31	209	45
25-34 ans						208	180	56	444	36
35-44 ans	2 857	1 793	665	5 315	264	334	308	91	733	51
45-54 ans						615	545	197	1 357	96
55-64 ans						1 285	1 178	393	2 856	156
65-74 ans*	5 638	3 089	511	9 238	486	2 512	2 243	484	5 239	295
75-85 ans						3 411	2 820	368	6 599	370
85+ ans	3 983	1 378	106	5 467	261	2 718	1 912	195	4 825	192

Tableau 14-13; (sources EMA, VAERS)

* EU: 18-64 ans, 65-85 ans

Le rapport de Swissmedic du 25/11/2022 ne mentionne aucun décès d'enfant.

La comparaison des groupes d'âge pour le vaccin contre la grippe fournit un autre signal de sécurité fort.

Voici 2 tableaux de cas supprimés dans les bases de données Eudravigilance et VAERS. Voici les définitions de l'EMA concernant la suppression des cas :

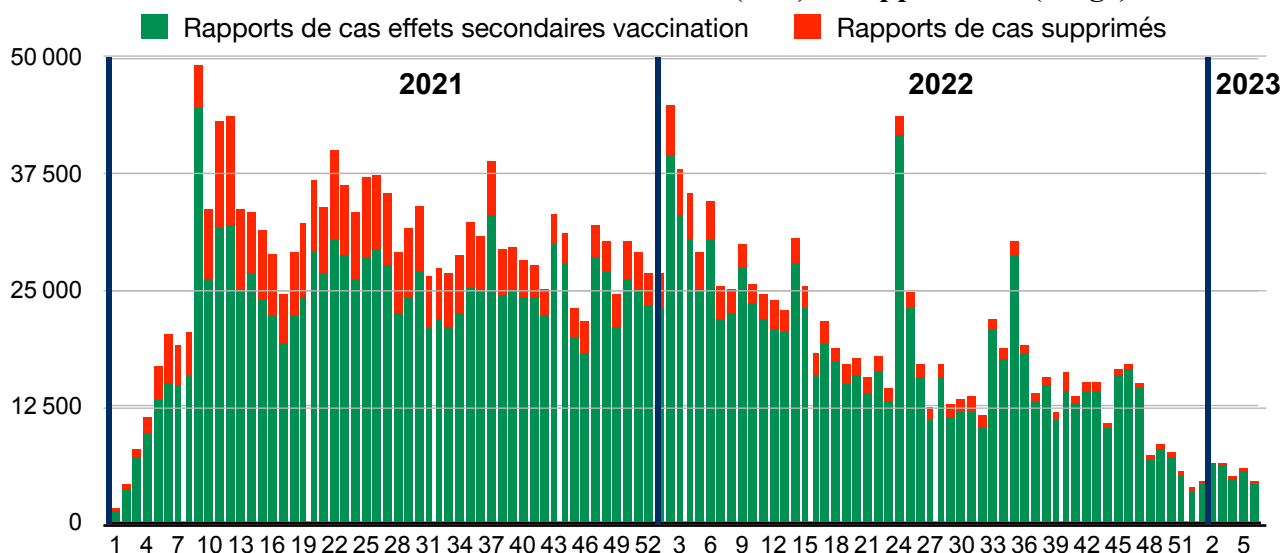
« Cas listés à un moment donné dans EudraVigilance, mais plus affichés actuellement. Selon l'EMA, les cas sont supprimés lorsqu'ils ont été identifiés comme doublons ou retirés comme non valables par le déclarant initial, l'autorité de transmission ou le fabricant déclarant. Le grand nombre et la répartition inégale des cas supprimés sont en contradiction avec l'interprétation comme erreurs aléatoires. »³⁷

⁴⁰ <https://impfnebenwirkungen.net/ema/tabellen/>, <https://impfnebenwirkungen.net/vaers/influenza/usa.html>

Part cas d'effets secondaires vaccination supprimés [%], EMA : Espace économique européen (au 25/02/2023)

Catégorie/Complexe de réaction	BioNTech	AstraZeneca	Moderna	Janssen	Novavax	Total
Myocardite	44,5	48,4	44,5	46,1	66,7	44,7
Infection mycobactérienne	35,0	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3
Mort subite	34,4	37,8	39,6	43,8	0,0	35,8
Syndrome dysfonctionnement d'organes multiples	34,1	45,2	32,3	55,2	0,0	37,1
Septicémie	33,5	37,1	40,7	31,8	0,0	35,0
Décès	32,5	37,6	37,0	39,9	0,0	33,9
Encéphalite	32,5	28,0	23,5	27,3	0,0	30,4
Péricardite	32,0	34,9	27,9	28,4	38,9	31,3
Myélite	31,8	36,2	29,3	36,3	0,0	33,2
Ischémie	31,4	32,6	28,0	44,4	0,0	31,9
Nécrose	31,0	32,1	29,8	33,3	0,0	31,1
Infarctus (sans crise cardiaque)	29,8	34,0	32,8	31,7	0,0	31,2
Mise en danger de la vie	28,6	32,7	29,5	28,0	29,6	29,5
Cécité	28,3	30,6	29,4	29,7	0,0	29,0
Perturbation de la coagulation du sang	28,3	37,7	23,1	39,2	25,0	32,0
Pneumonie	28,1	26,8	24,4	35,5	0,0	27,7
Perturbation de l'oxygénation du sang	27,6	14,6	22,4	21,3	25,0	24,0
Cancer	26,6	29,5	18,2	35,6	100,0	26,2
Amputation	26,5	28,0	20,0	0,0	0,0	25,9
Epilepsie	26,2	25,7	25,4	21,2	0,0	25,9
Lupus érythémateux	26,0	32,1	16,7	10,0	50,0	25,6
Maladie de Lyme	26,0	15,7	30,9	23,5	0,0	25,0
Maladie coronarienne	25,8	29,0	22,2	31,9	0,0	26,2
Thrombose	25,8	32,0	20,7	37,6	18,2	27,8
Allergie aux vaccins	25,6	24,9	17,6	18,1	16,7	24,3
Embolie	25,2	31,0	22,0	29,3	37,5	26,4
Accident vasculaire cérébral	25,2	31,1	24,0	32,6	50,0	26,6
Occlusion vasculaire	25,2	27,7	31,1	31,0	0,0	26,8
Fausse-couche	24,2	32,0	19,8	10,0	0,0	23,9
Hospitalisation	23,8	25,1	23,3	25,4	26,2	24,0
Paralyse	23,4	29,5	20,5	27,7	30,0	24,0
Névrite	23,4	24,3	26,4	22,9	0,0	23,9
Infection à staphylocoque	23,1	44,4	0,0	0,0	0,0	23,0
Infection à streptocoque	23,1	16,7	11,1	40,0	0,0	22,4
Perte d'audition	22,9	21,5	27,1	32,3	0,0	23,6
Handicap	22,8	20,5	18,4	16,0	21,9	21,4
Autre maladie cardiaque	22,4	21,2	18,7	24,2	7,7	21,8
Insuffisance cardiaque	22,1	0,0	0,0	14,3	0,0	16,9
Méningite	21,6	15,4	19,8	25,0	0,0	20,4
Lésions rénales	21,4	22,8	17,8	23,5	0,0	21,1
Fibrillation ventriculaire	21,0	23,6	20,2	28,1	40,0	21,4
Dysphagie	20,9	23,7	15,6	24,5	22,2	20,6
Maladie vasculaire	20,8	14,6	21,3	20,2	0,0	19,3
Perte de conscience	20,7	20,0	18,7	12,9	25,7	19,8
Maladie auto-immune	20,0	24,7	17,3	11,5	26,7	20,0
Sclérose en plaques	19,7	18,1	14,3	21,1	0,0	18,9
Pneumopathie	19,3	18,4	17,0	20,4	5,6	18,8
Maladie du cerveau	19,1	20,2	16,3	20,0	10,8	18,9
Tremblements	18,5	13,3	13,3	12,3	22,2	15,9
Troubles convulsifs	18,4	16,8	15,8	14,3	0,0	17,5
Troubles de la vision	18,4	18,4	15,4	16,3	20,0	17,9
Sérieux	18,1	19,8	18,7	13,4	18,5	18,3
Hémorragie	17,9	20,4	13,6	24,3	10,0	18,2
Difficulté à respirer	17,0	15,2	13,5	14,6	8,7	16,1
Trouble cardio-vasculaire	16,5	15,0	12,9	14,8	10,5	15,7
Dysfonctionnement du système nerveux	15,5	15,9	12,8	14,4	12,6	15,1
Affection des testicules	14,5	10,6	17,0	25,0	0,0	15,1
Troubles du rythme cardiaque	13,8	12,1	10,5	9,5	10,6	12,8
Migraine	13,5	14,1	11,1	13,5	7,7	13,2
Vomissements	11,9	11,2	9,4	9,9	7,9	11,2
Altération du sperme	11,6	33,3	7,7	0,0	0,0	16,4
Diarrhée	11,2	10,5	8,0	11,0	11,1	10,6
Maladie associée à l'herpès (sauf zona)	10,9	11,2	11,0	12,8	5,9	11,0
Atteinte des organes génitaux féminins	10,9	14,4	9,0	11,4	0,0	10,8
Trouble de la conscience	10,8	11,1	7,8	10,6	9,2	10,3
Maladie ressemblant à la grippe	10,7	8,9	7,5	9,7	7,1	9,4
Affection scrotale	9,1	33,3	0,0	0,0	0,0	11,3
Herpès zoster	9,0	7,6	7,5	7,8	0,0	8,6
Trouble de la menstruation	6,7	11,7	5,1	9,5	7,1	6,7
COVID-19	6,1	11,1	2,3	5,9	9,8	6,8
Influenza	2,5	1,9	1,1	1,3	2,9	2,0
Tous les cas (Tableau 14-14)	11,1	10,9	8,5	10,2	8,6	10,6

Semaines déclaration effets indésirables vaccins (vert) et suppressions (rouge) : EMA

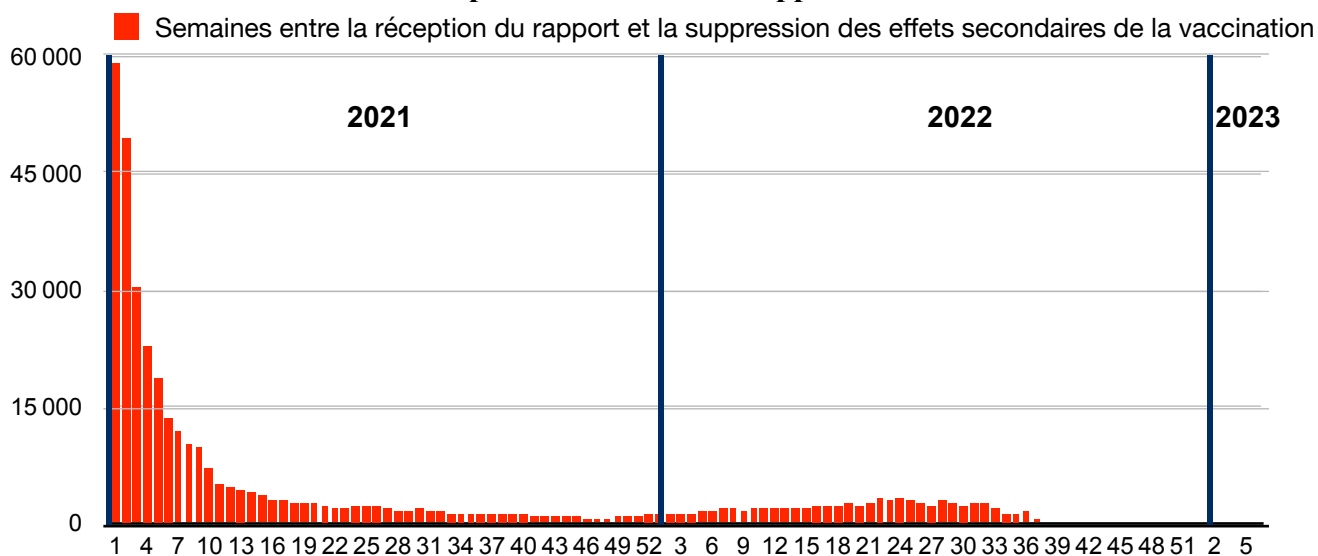


Graphique 14-11 (source . impfnebenwirkungen.net)

Dans le graphique, il s'agit de « Cas listés à un moment donné dans EudraVigilance, mais plus affichés actuellement. Selon l'EMA, les cas sont supprimés lorsqu'ils ont été identifiés comme doublons ou retirés comme non valables par le déclarant initial, l'autorité de transmission ou le fabricant déclarant.

Le grand nombre et la répartition inégale des cas supprimés sont en contradiction avec l'interprétation comme erreurs aléatoires. »⁴¹

Nombre de semaines entre réception notification et suppression effets indésirables : EMA



Graphique 14-12 (source . impfnebenwirkungen.net)

⁴¹ Impfnebenwirkungen.net: Anteil gelöschter Fälle; URL : <https://impfnebenwirkungen.net/ema/tabellen/remrelall.html>

Part des cas d'effets secondaires de la vaccination supprimés [%], VAERS : États-Unis (au 25/02/2023)

Catégorie/Complexe de réaction	BioNTech	Moderna	Janssen	Covid	Influenza	Autres
Insuffisance cardiaque	14,3	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0
Allergie aux vaccins	12,9	6,2	12,1	10,1	0,4	0,1
Myélite	12,6	8,6	11,5	10,9	0,0	0,2
Névrite	10,9	4,7	4,3	7,9	0,4	0,0
Encéphalite	10,4	3,0	11,1	7,5	0,0	0,4
Myocardite	9,4	8,5	5,6	8,9	0,0	0,3
Handicapant	7,8	5,4	4,0	6,5	0,1	0,2
Infarctus (sans crise cardiaque)	7,8	3,3	4,2	5,6	0,0	0,0
Amputation	7,3	2,2	2,7	4,8	0,0	0,0
Sclérose en plaques	7,3	3,4	2,9	5,1	0,0	0,5
Maladie de Lyme	7,2	4,3	9,1	6,4	0,0	0,0
Perte d'audition	7,1	3,4	2,7	5,3	0,4	0,8
Péricardite	6,8	5,7	6,4	6,4	1,4	0,9
Danger de mort	6,6	4,2	4,2	5,4	0,0	0,1
Dysphagie	6,5	5,2	5,0	5,9	0,1	0,3
Cécité	6,3	5,2	4,2	5,6	0,7	0,0
Trouble cardio-vasculaire	6,3	3,3	4,5	4,9	0,1	0,3
Paralysie	6,3	4,2	4,6	5,3	0,2	0,2
Syphilis	6,2	4,3	0,0	5,1	0,0	0,0
Troubles du rythme cardiaque	6,0	3,0	4,3	4,7	0,1	0,3
Dysfonctionnement du système nerveux	6,0	3,3	4,4	4,7	0,1	0,2
Ischémie	6,0	4,3	4,2	5,2	0,0	0,0
Lupus érythémateux	6,0	5,4	13,9	6,4	0,0	1,9
Séjour aux urgences	5,9	3,9	5,0	5,0	0,0	0,0
Nécrose	5,8	4,3	2,9	5,0	0,0	0,0
Thrombose	5,7	3,3	7,1	5,2	0,0	0,9
Convulsions	5,6	2,8	4,7	4,4	0,1	0,2
Troubles de la vision	5,6	3,5	4,8	4,7	0,0	0,2
Maladie vasculaire	5,4	4,4	9,5	5,4	0,0	0,0
Méningite	5,2	5,5	7,7	5,9	0,0	0,0
Tremblements	5,2	2,6	3,1	3,8	0,0	0,2
Maladie du cerveau	5,1	2,8	4,5	4,1	0,1	0,4
Infection mycobactérienne	4,8	7,7	12,5	6,6	0,0	0,0
Embolie	4,7	3,3	5,6	4,3	0,0	1,5
Affection scrotale	4,7	7,1	0,0	5,0	0,0	0,0
Autre maladie cardiaque	4,6	3,5	3,5	4,1	0,1	0,4
Atteinte des organes sexuels féminins	4,6	2,4	4,8	3,8	0,0	0,2
Sérieux	4,5	3,1	4,1	3,9	0,1	0,1
Migraine	4,5	2,3	2,7	3,4	0,0	0,1
Affection du sperme	4,5	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0
Perturbation de la coagulation du sang	4,4	3,4	5,8	4,2	0,0	0,2
Maladie coronarienne	4,4	2,1	4,0	3,4	0,0	0,0
Attaque cérébrale	4,4	3,4	4,9	4,0	0,0	0,7
Séjour à l'hôpital	4,3	3,0	3,7	3,7	0,0	0,1
Difficulté à respirer	4,3	3,0	3,3	3,7	0,1	0,1
Herpès zoster	4,3	2,3	3,5	3,4	0,0	0,2
Occlusion vasculaire	4,2	2,6	3,4	3,5	0,0	0,0
Epilepsie	4,1	4,9	0,0	4,0	0,0	0,0
Infection à staphylocoque	4,1	0,9	2,1	2,5	0,0	0,0
Hémorragie	3,9	2,6	4,9	3,5	0,0	0,1
Fibrillation ventriculaire	3,8	2,3	3,8	3,1	0,5	0,3
Consultation médicale	3,7	2,8	3,8	3,3	0,2	0,4
Trouble de la conscience	3,7	1,8	2,7	2,8	0,0	0,2
Infection des testicules	3,7	1,2	6,7	3,4	0,0	0,0
Perte de conscience	3,6	2,7	3,3	3,3	0,1	0,1
Maladie des poumons	3,6	2,9	3,1	3,3	0,1	0,1
Lésion rénale	3,4	2,2	2,9	2,9	0,0	0,4
Maladie auto-immune	3,3	2,2	5,7	3,0	0,0	0,2
Cancer	3,3	1,9	6,3	3,0	0,0	0,3
Diarrhée	3,3	1,6	2,3	2,4	0,0	0,1
Influenza	3,3	1,9	2,8	2,6	0,0	0,1
Syndrome dysfonctionnement d'organes multiples	3,2	1,9	1,9	2,5	0,0	0,0
Pneumonie	3,1	2,5	2,9	2,9	0,0	0,2
Perturbation de l'oxygénation du sang	3,0	2,2	2,5	2,6	0,1	0,0
Maladie ressemblant à la grippe	3,0	1,4	1,8	2,1	0,0	0,1
Vomissements	3,0	1,7	2,2	2,3	0,0	0,1
Maladie associée à l'herpès (sauf zona)	2,7	1,7	4,0	2,4	0,0	0,5
Septicémie	2,6	1,4	0,9	1,9	0,0	0,3
Trouble de la menstruation	2,3	1,7	3,7	2,3	0,0	0,4
Interruption de la grossesse	2,3	1,7	0,6	2,0	0,0	0,0
COVID-19	2,0	1,5	2,3	1,9	0,2	0,6
Tous les cas (Tableau 14-15)	3,1	1,8	2,8	2,5	0,1	0,1

14.5. Myocardite : comparaison 14 ans vaccins contre la grippe et 2 ans vaccins Covid

Le nombre de myocardites, un effet secondaire grave de la vaccination, s'élève en 20 ans à 93 cas sur 963'331'696 vaccins contre la grippe (EMA). Parmi eux, 49 concernent le vaccin problématique Pandemrix contre la « grippe porcine », administré pendant 5 ans. Pour l'ensemble des vaccins Covid, 15 048 cas présumés de myocardite ont été signalés jusqu'au 25.02.2023. Le rapport est de 1 : 162.

L'effet secondaire vaccinal myocardite entraînant la mort avec les vaccins contre la grippe est estimé à 8 cas en 14 ans pour 963'331'696 vaccins. Parmi eux, 5 sont dus au seul vaccin Pandemrix contre la « grippe porcine » de 2009. En revanche, 308 cas de décès liés à une myocardite ont été signalés pour les vaccins Covid selon les données de l'EMA au 11 février 2023.

Contrairement aux déclarations de Swissmedic, on ne peut pas simplement parler de « guérison » en cas de myocardite, étant donné les éventuelles microlésions des cellules musculaires cardiaques non régénératives, comme le montre la référence ci-après qui mentionne d'éventuelles séquelles mortelles à long terme.⁴²

Définition (Myocardite)

La myocardite est une maladie inflammatoire du muscle cardiaque qui entraîne des lésions des cardiomyocytes avec infiltration du muscle cardiaque par des cellules inflammatoires accompagnée de nécroses et/ou d'une dégénérescence des myocytes. Une cause ischémique est expressément exclue. L'inflammation peut englober, à des degrés divers, les cardiomyocytes, le tissu conjonctif interstitiel et périvasculaire ainsi que les artéioles, capillaires et veinules coronaires intramuraux et, dans de rares cas, les vaisseaux épicardiques. De nombreux facteurs infectieux ou non sont susceptibles d'être à l'origine d'une myocardite. Elle peut survenir à tout âge, mais les pics de la maladie se situent pendant l'enfance et l'adolescence.

Epidémiologie

La myocardite passe probablement souvent inaperçue en raison de symptômes peu caractéristiques ; les chiffres sur la fréquence de la maladie sont rares. L'incidence est estimée entre 1:10 000 et 1:100 000. Chez 1 à 5 % des patients souffrant d'une infection virale, le myocarde est probablement impliqué. Selon des études statistiques, 3 500 patients atteints d'une myocardite grave sont hospitalisés chaque année en Allemagne. Parmi eux, environ 150 de tous âges décèdent. Chez 20 à 30 % des patients, la myocardite chronique entraîne une cardiomyopathie dilatée. Inversement, la myocardite est la cause de 0,5 à 4 % des insuffisances cardiaques. La myocardite est la troisième cause déclenchante d'une mort cardiaque subite - après la cardiomyopathie hypertrophique et la maladie coronarienne athérosclérotique (MCA). Comme l'ont montré les autopsies, 5 à 20 % de tous les cas de mort subite cardiaque ont pour cause une myocardite.

⁴² Liste jaune: myocardite ; URL : <https://www.gelbe-liste.de/krankheiten/myokarditis>

Remarque : la question du lien de cause à effet entre la vaccination et la myocardite devrait être examinée de manière approfondie, en particulier dans le contexte des nombreux cas de mort subite de jeunes sportifs vaccinés.

Pronostic

Différentes évolutions à long terme sont possibles suivant l'agent pathogène déclencheur, l'ampleur et le type d'inflammation et les lésions myocardiques initiales. Les prédicteurs d'évolution défavorables au pronostic sont la limitation de la fonction du ventricule gauche et du ventricule droit, l'infection virale persistante, l'inflammation chronique et les auto-anticorps cardiodépresseurs.

Myocardites aiguës

Les myocardites aiguës, même traitées, présentent un taux de mortalité élevé. Les myocardites focales borderline guérissent souvent spontanément sur le plan clinique si aucune insuffisance cardiaque importante n'est présente au départ. La myocardite lymphocytaire fulminante a une létalité de plus de 40 % au cours des quatre premières semaines. La myocardite granulomateuse et nécrosante est létale si elle n'est pas reconnue et traitée. La myocardite à cellules géantes ou éosinophiles non traitée présente également un très mauvais pronostic avec des taux de survie à 4 ans < 20 %. La myocardite active non fulminante est associée à une létalité de 25 à 56 % dans les trois à dix ans en raison d'une insuffisance cardiaque progressive et d'une mort cardiaque subite.

Pour plus d'informations professionnelles sur les causes, les symptômes, le diagnostic et le traitement, voir l'article spécialisé. Le 11 mars 2022, le professeur Arne Burkhardt a donné une conférence publique sur les constatations pathologiques de décès soudains et inattendus de personnes auparavant en bonne santé dans le cadre d'une vaccination Covid.⁴³

Pourquoi seulement des cas présumés ?

L'EMA enregistre les soupçons d'effets secondaires de tous les médicaments qu'elle autorise, car elle ne vérifie pas si le médicament est réellement à l'origine d'un effet secondaire. La suspicion est donc le maximum possible au niveau d'une agence de médicaments. L'examen de la causalité n'est effectué que dans des cas isolés, par exemple pour les demandes d'indemnisation des personnes concernées ou pour analyse scientifique par l'autorité, qui a débouché sur une mise en garde dans le cas du vaccin d'AstraZeneca.

Les autorités nationales en Europe traitent les notifications de manière très différente. Au cours des deux dernières années, nous avons pu constater les points suivants lors de l'examen régulier des rapports :

1. Le niveau de qualité des rapports est très variable. Toutes les données nécessaires à une comparaison ne sont pas toujours présentées correctement, ni même présentées. Ainsi, certains pays communiquent des données sur le nombre d'effets secondaires, mais pas le nombre de cas graves suspects ou de décès. La plupart du temps, les chiffres sont intégrés dans des textes et non dans des tableaux. Il faut donc vérifier les rapports à la main et lire les textes en détail.

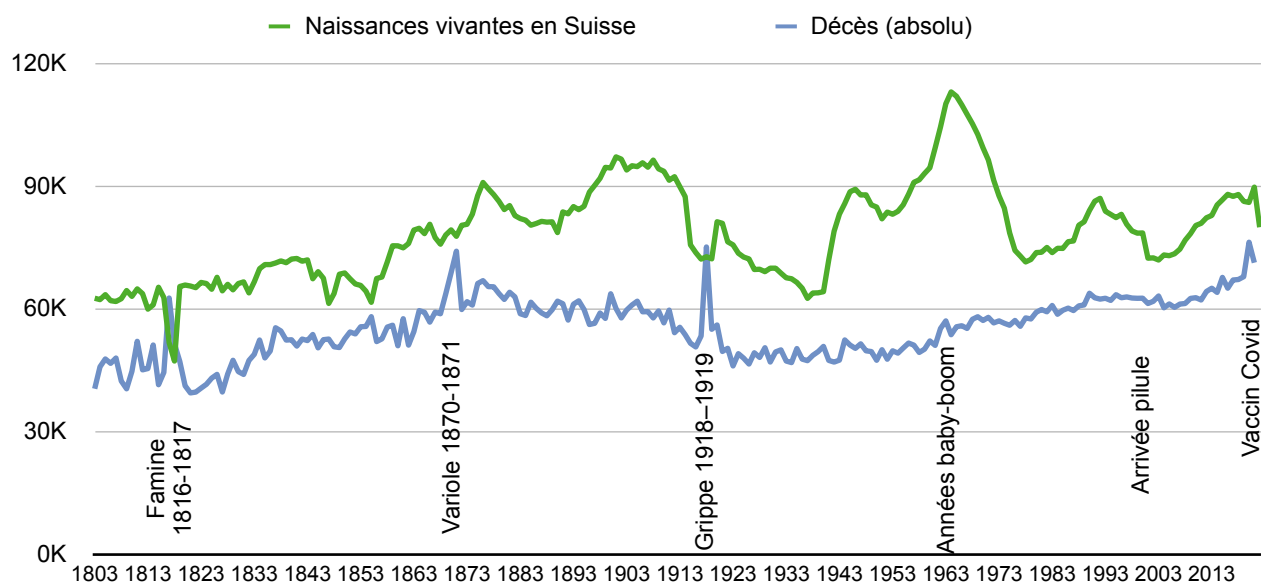
⁴³ Prof. Dr. Arne Burkhardt auf Pathologie-Konferenz; URL : <https://pathologie-konferenz.de>

2. Certains pays ont montré une importante accumulation de déclarations d'effets secondaires non enregistrées pendant les périodes de pointe de la campagne de vaccination. Cela peut être dû en partie à la surcharge des autorités nationales qui n'étaient plus en mesure de traiter les dizaines de milliers de notifications avec l'équipe existante. Depuis que l'on vaccine moins, il semble que les déclarations accumulées soient reportées. Cet effet a été observé lors de la dernière mise à jour le 27 janvier 2023 en Suède. Le nombre de notifications est passé de 59 000 à 95 000 en seulement 3 mois. Cela montre clairement qu'en plus de la sous-déclaration, il faut s'attendre à un retard important dans les déclarations.
3. Les autorités nationales ont aussi une approche très différente de publication de leurs rapports de sécurité. Alors que l'Institut Paul Ehrlich (PEI) en Allemagne changeait à chaque fois non seulement le format du rapport mais aussi le contenu et publiait des tableaux peu compréhensibles, d'autres pays ont présenté leurs rapports chaque semaine/mois avec des tableaux clairs, ce qui est une condition préalable pour obtenir des informations statistiquement exploitables. Certains pays ont modifié à plusieurs reprises l'intervalle entre les publications et ont parfois même complètement cessé de le faire jusqu'à aujourd'hui (entre autres le Danemark, la Slovaquie et la République tchèque). Il n'est plus possible de les trouver. Du moins, ils sont tellement cachés au public que même une équipe de recherche expérimentée n'y parvient pas.

L'une des raisons du taux variable de déclaration des dommages liés à la vaccination est très probablement un « problème de marketing ». Selon les rapports, les autorités néerlandaises et islandaises ont donné aux vaccinés un dépliant sur lequel signaler les effets secondaires ressentis. Quelques autres pays ont proposé des applications à cet effet. Parmi eux, le PEI. Cependant, l'évaluation complète des données de l'application du PEI n'a jamais été rendue publique. Dans les premiers rapports en 2021, certaines données de l'application SaveVac ont été présentées, mais pas sous la même forme, ni avec la même qualité. Les données obtenues jusqu'à présent indiquent que la sous-déclaration doit être importante. Environ 1,4 % des personnes vaccinées ont participé à l'enquête via l'application et ont signalé leurs plaintes de manière indépendante.

15. Baisse inattendue des naissances neuf mois après le début de la vaccination

15.1. Naissances vivantes et décès en Suisse



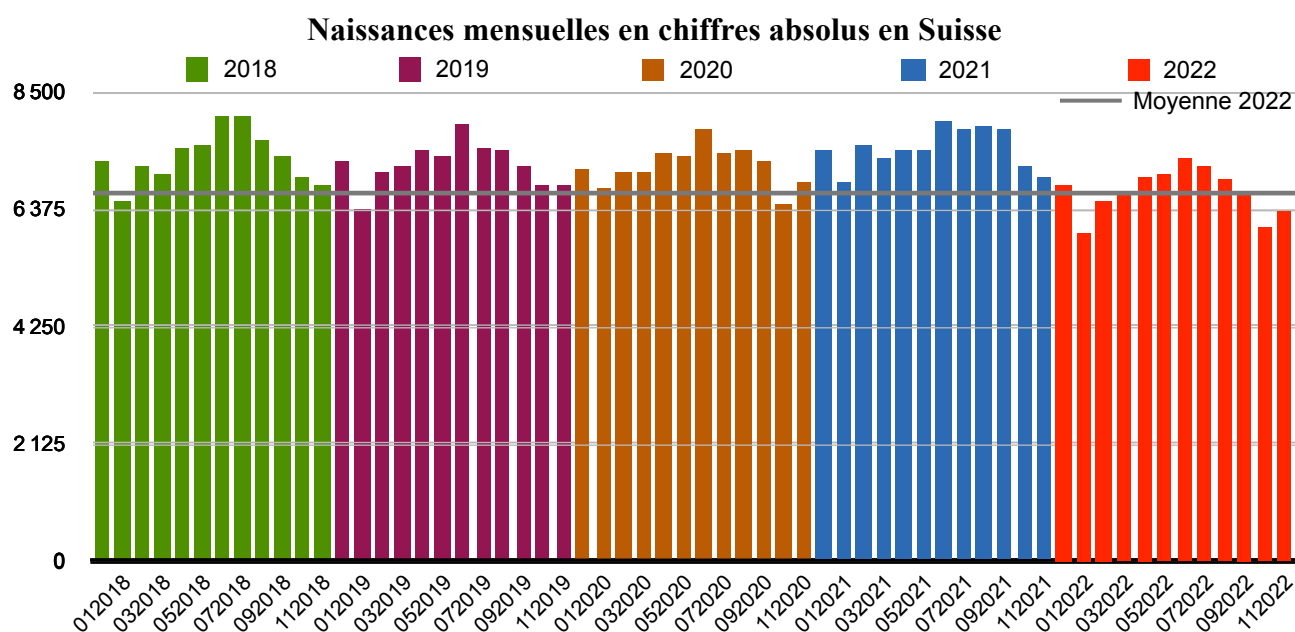
Graphique 15-1; (source OFS 9)

Pendant la famine de 1816-1817, les décès ont augmenté de façon flagrante, tandis que les naissances ont diminué tout aussi nettement. Lors de « l'épidémie de variole », les naissances ont stagné et suite à la mobilisation générale de 1914, elles ont ensuite chuté de manière significative en raison de la conscription des hommes. Pendant les troubles qui ont précédé et accompagné la Seconde Guerre mondiale, les naissances ont connu une baisse constante, suivie par deux fois d'un grand baby-boom après la fin de la guerre. L'effondrement des naissances des années 60 trouve aussi une explication plausible avec l'introduction de la pilule contraceptive. En revanche, après la hausse en 2021 lors de la deuxième année de pandémie, la chute historique des naissances en 2022 est restée jusqu'à présent sans explication plausible. Il existe cependant une corrélation très significative entre la baisse des naissances et les taux de vaccination 9 mois auparavant (voir tableau 15-1 et graphique 15-6).

Le nombre de naissances, constamment bien supérieur au nombre de décès, à deux exceptions ponctuelles près en 1817 et 1918, entraîne une croissance continue de la population due au surplus de naissances, auquel s'ajoutent divers mouvements migratoires.

15.2. Baisse natalité 2022, conséquence de la vaccination contre le Covid-19 ?

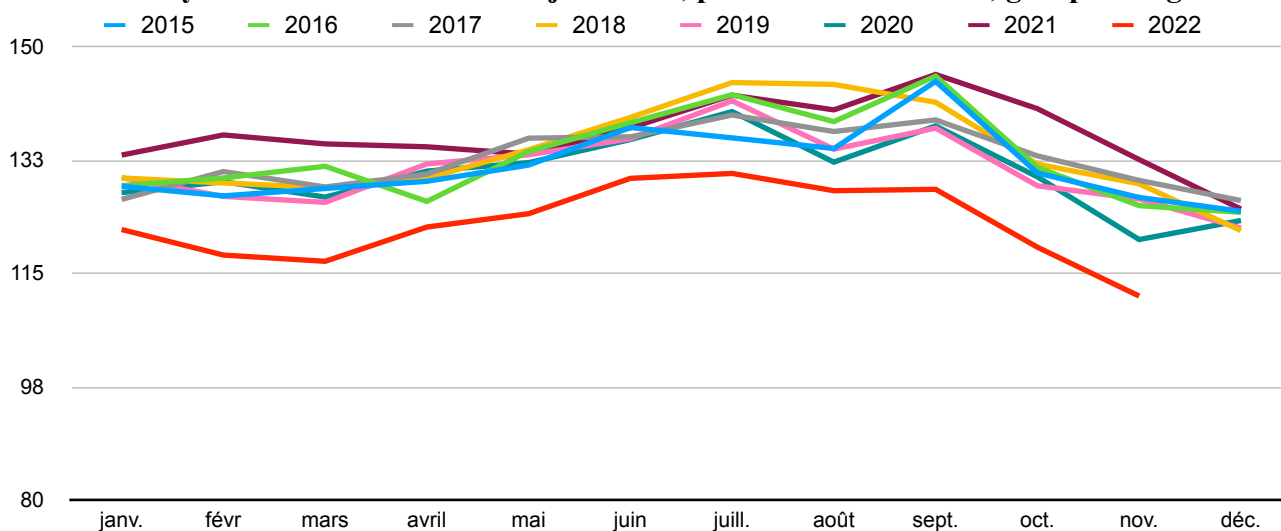
La baisse des naissances en Suisse en 2022 a provoqué quelques remous dans les médias. Ils ont fait plusieurs tentatives peu crédibles pour détourner l'attention du lien avec la vaccination. Par exemple, on a « renoncé de manière responsable » tant qu'il n'y avait pas encore de vaccination ou, plus récemment, les infections Covid seraient responsables de l'infertilité. Cependant, la logique médiatique ne semble pas s'inquiéter de savoir pourquoi, en 2021, malgré le grand nombre d'infections Covid de l'année précédente, on observe même une nette augmentation des naissances. Sur la base des chiffres actualisés des naissances de janvier à novembre mis à disposition par l'OFS, on peut démontrer avec la courbe suivante que les naissances quotidiennes par million de femmes (18-49 ans) sont bien inférieures aux années précédentes 2015-2021. Jusqu'à présent, ni Swissmedic ni les politiciens n'ont réagi en accordant à ce phénomène l'attention qu'il mérite.



Les données ont été publiées jusqu'en novembre 2022 et, sur demande auprès de l'OFS, des données actualisées des mois précédents ont pu être obtenues et analysées, de sorte qu'une grande partie des inscriptions tardives devrait être couverte. Pour octobre et novembre, on peut s'attendre à des inscriptions tardives plus importantes, et la valeur de décembre a été extrapolée à partir de la moyenne de l'année précédente sur la base de la baisse moyenne des naissances 2022 de janvier à novembre afin de clore visuellement le tableau annuel. La mise à jour des données publiées par l'OFS permet déjà de dresser un tableau réaliste des signaux observés.

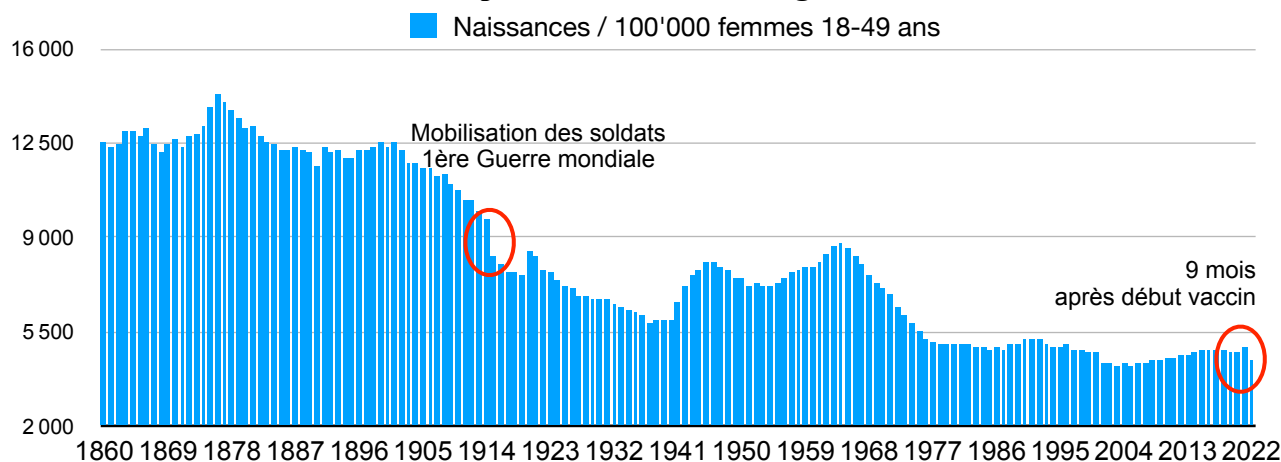
La valeur moyenne de 2022 montre la nette baisse des naissances au cours des différents mois. En chiffres absolus, on constate une baisse de **6'530 naissances** de janvier à novembre 2022 par rapport à la moyenne des années précédentes. Mais comme certains changements démographiques ont également eu lieu chez les femmes dans le groupe d'âge de 18 à 49 ans, notamment en raison de la migration, la suite de l'analyse n'examine pas les chiffres absolus mais le pourcentage de naissances dans ce groupe d'âge pour 100 000 femmes.

Nombre moyen de naissances vivantes/jour/mois, pour 100'000 femmes, groupes d'âge 18-49



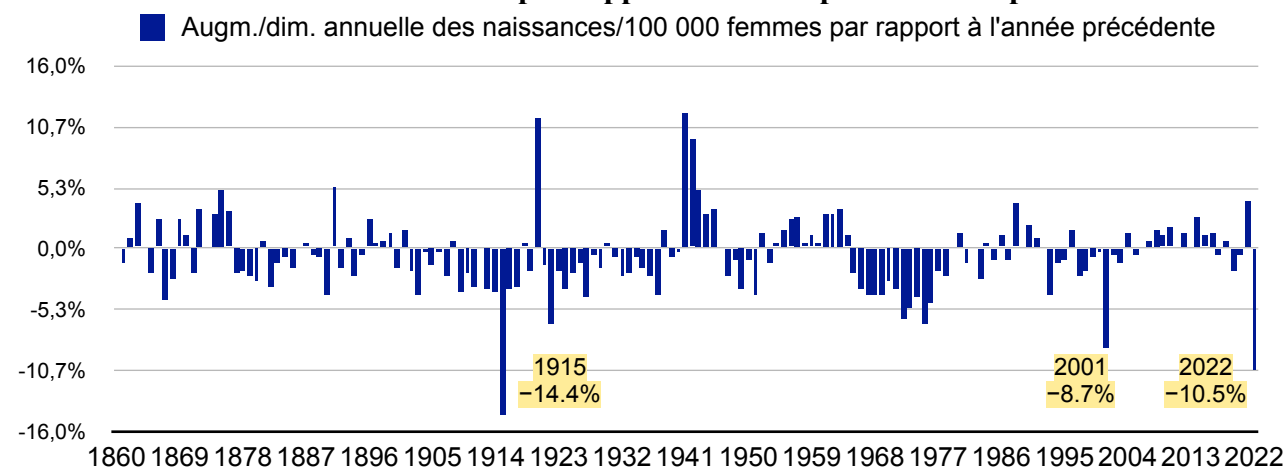
La baisse des naissances commence en janvier 2022 et se prolonge sans interruption jusqu'en novembre.

Taux de natalité pour 100 000 femmes âgées de 18 à 49 ans



Graphique 15-4; (source OFS 12, données mises à jour par l'OFS : 11.01.2023)

Variation du nombre de naissances par rapport à l'année précédente depuis 1860 en Suisse

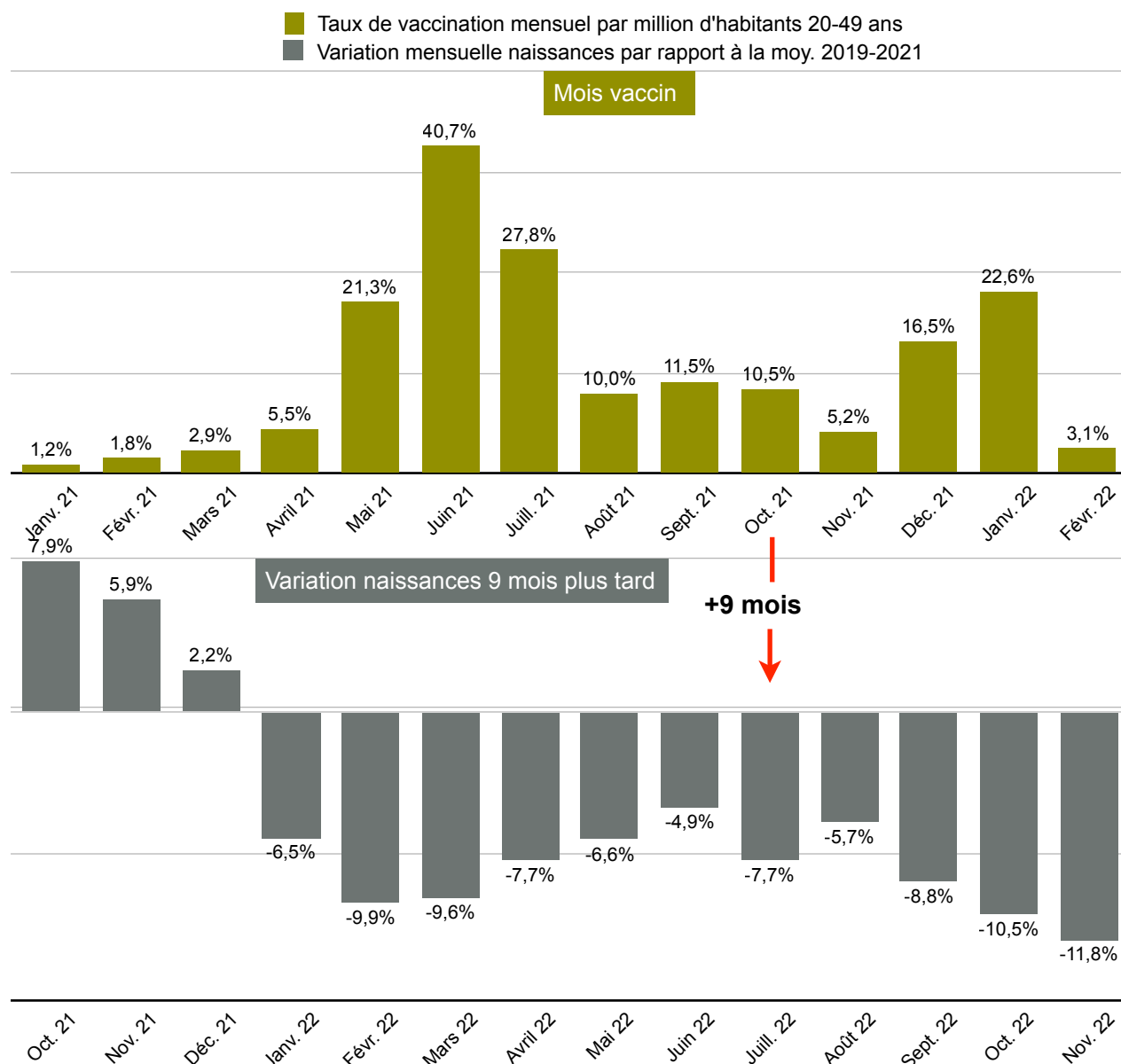


Graphique 15-5; (source OFS 12)

La baisse des naissances en 2022 rejoint 1915 et 2001 dans la série des baisses historiques par rapport à l'année précédente. Contexte : 1915, conscription des hommes pendant la Première Guerre mondiale, 2001, nouveau comptage des naissances⁴⁴, 2022, lien temporel manifeste avec la campagne de vaccination.

⁴⁴ OFS : « Depuis 2001, seuls les événements pour lesquels la personne de référence a un domicile permanent en Suisse sont comptabilisés ». (Note de bas de page du tableau je-f-01.04.01.01.02)

15.3. Baisse de natalité en corrélation avec les doses de vaccins 20-49 ans



Mois vaccin	Janv. 2021	Févr. 2021	Mars 2021	Avril 2021	Mai 2021	Juin 2021	Juill. 2021	Août 2021	Sept. 2021	Oct. 2021	Nov. 2021	Déc. 2021	Janv. 2022	Févr. 2022
Vacc/mois	1,2%	1,8%	2,9%	5,5%	21,3%	40,7%	27,8%	10,0%	11,5%	10,5%	5,2%	16,5%	22,6%	3,1%
Mois naiss.	Oct.	Nov.	Déc.	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juill.	Août	Sept.	Oct.	Nov.
2014-2015	132,2	126,4	122,7	128,4	127,0	128,1	129,2	131,7	137,5	135,9	134,3	144,6	130,5	126,7
2015-2016	130,5	126,7	124,6	128,5	129,7	131,5	126,1	133,8	138,2	142,6	138,4	145,4	131,3	125,4
2016-2017	131,3	125,4	124,4	126,4	130,7	128,3	130,3	135,9	136,1	139,4	136,9	138,7	133,1	129,3
2017-2018	133,1	129,3	126,2	129,7	128,9	128,2	129,7	134,1	139,1	144,4	144,2	141,4	131,9	128,8
2018-2019	131,9	128,8	121,6	129,8	126,9	125,9	131,9	133,3	135,8	141,6	134,2	137,4	128,5	126,5
2019-2020	128,5	126,5	122,0	127,5	129,1	126,8	130,8	132,1	135,6	140,0	132,2	137,8	129,9	120,2
2020-2021	129,9	120,2	123,2	133,2	136,4	135,0	134,5	133,4	137,5	142,5	140,2	145,7	140,4	132,6
2021-2022	140,4	132,6	124,9	121,8	117,8	116,9	122,1	124,2	129,7	130,4	127,8	128,0	119,0	111,5
Diff. Ø 2019-2021	10,32	7,39	2,68	-8,40	-12,97	-12,37	-10,25	-8,72	-6,63	-10,94	-7,76	-12,32	-13,90	-14,92
Diff. naissances	7,9%	5,9%	2,2%	-6,5%	-9,9%	-9,6%	-7,7%	-6,6%	-4,9%	-7,7%	-5,7%	-8,8%	-10,5%	-11,8%

Tableau 15-1, Graphique 15-6 (source OFS 12)

Analyse statistique : ρ de Spearman (rho) : -0,885 (forte corrélation négative), valeur p : 0,000030 (hautement significatif)

La courbe en miroir de baisse de natalité et du taux vaccinal est statistiquement très significative !

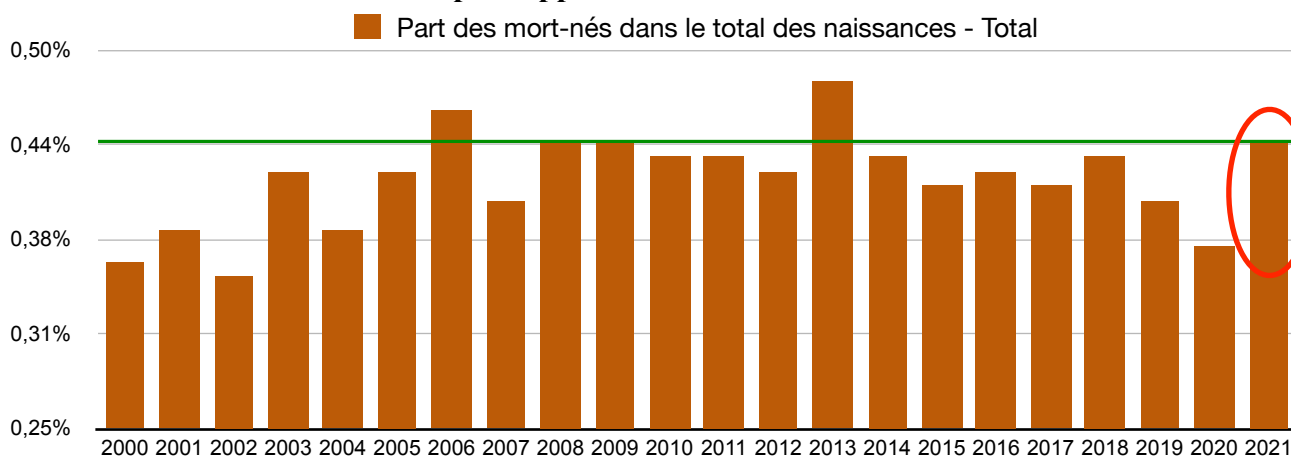
15.4. Augmentation des morts-nés en 2021

Mort-nés par rapport au nombre total de naissances

Année	Total mort-nés	Mort-nés garçons	Mort-nés filles	Total naissances vivantes	Naissances vivantes garçons	Naissances vivantes filles	Total part mort-nés	Part mort-nés garçons	Part mort-nés filles
2000	283	145	138	78 458	40 402	38 056	0,36%	0,36%	0,36%
2001	279	156	123	72 295	37 123	35 172	0,38%	0,42%	0,35%
2002	255	120	135	72 372	37 318	35 054	0,35%	0,32%	0,38%
2003	306	156	150	71 848	36 902	34 946	0,42%	0,42%	0,43%
2004	276	144	132	73 082	37 340	35 742	0,38%	0,38%	0,37%
2005	307	157	150	72 903	37 569	35 334	0,42%	0,42%	0,42%
2006	342	181	161	73 371	37 766	35 605	0,46%	0,48%	0,45%
2007	297	152	145	74 494	38 184	36 310	0,40%	0,40%	0,40%
2008	341	183	158	76 691	39 549	37 142	0,44%	0,46%	0,42%
2009	345	174	171	78 286	40 407	37 879	0,44%	0,43%	0,45%
2010	346	161	185	80 290	41 111	39 179	0,43%	0,39%	0,47%
2011	349	162	187	80 808	41 626	39 182	0,43%	0,39%	0,47%
2012	350	195	155	82 164	42 435	39 729	0,42%	0,46%	0,39%
2013	402	193	209	82 731	42 595	40 136	0,48%	0,45%	0,52%
2014	368	178	190	85 287	43 850	41 437	0,43%	0,40%	0,46%
2015	357	200	157	86 559	44 649	41 910	0,41%	0,45%	0,37%
2016	371	195	176	87 883	44 932	42 951	0,42%	0,43%	0,41%
2017	362	196	166	87 381	44 873	42 508	0,41%	0,43%	0,39%
2018	381	200	181	87 851	45 013	42 838	0,43%	0,44%	0,42%
2019	344	179	165	86 172	44 123	42 049	0,40%	0,40%	0,39%
2020	319	155	164	85 914	44 299	41 615	0,37%	0,35%	0,39%
2021	395	191	204	89 644	45 928	43 716	0,44%	0,41%	0,46%

Tableau 15-2 (source OFS 12)

Mort-nés par rapport au nombre total de naissances



Graphique 15-7 (source OFS 12)

A la baisse frappante des naissances en 2022, neuf mois après le début de la vaccination, s'ajoute une 2e particularité, car 2021 montre une augmentation frappante des mort-nés, qui se confirme également dans le % par rapport au nombre total de naissances. Depuis 2010, le % de morts-nés est le 2e plus élevé après 2013, alors que la première année de pandémie, le taux était le 2e plus bas avec 0,37 %, ce qui permet d'exclure le Covid-19 comme facteur de risque.

15.5. Augmentation du risque de cancer suite à la vaccination Covid-19 ?

Extrait : Rapport sur le cancer 2021 sur l'évolution du nombre de cas et des taux

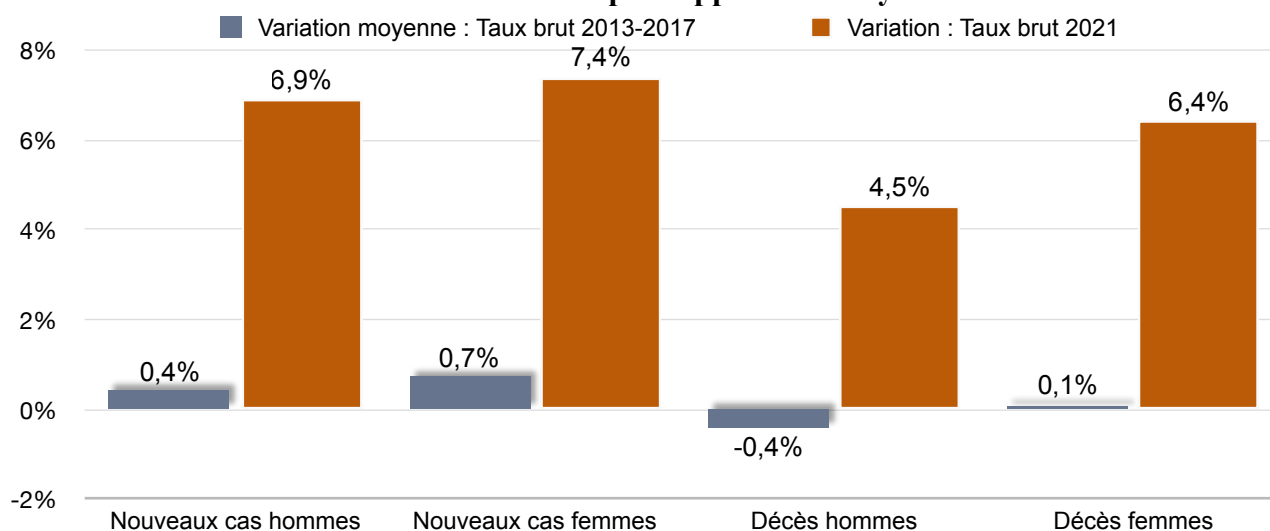
	Hommes		Femmes	
	Nouveaux cas ¹	Décès	Nouveaux cas ¹	Décès
Nombre de cas par an, moyenne 2013-2017	23 116	9 392	19 655	7 647
Nombre de cas 2021 (estimation)	26 123	10 375	22 181	8 551
Variation du nombre de cas 2021 par rapport à la moyenne 2013-2017	13,0%	10,5%	12,9%	11,8%
Taux brut (pour 100 000 habitants et par an), 2013-2017	564,4	229,3	470	182,9
Variation annuelle moyenne du taux brut, 2008-2017	0,4%	-0,4%	0,7%	0,1%
Taux brut 2021 (estimé)	603,3	239,6	504,7	194,6
Variation du taux brut 2021 par rapport à la moyenne 2013-2017	6,9%	4,5%	7,4%	6,4%
Taux standardisé (pour 100 000 habitants et par an), 2013-2017	427,9	160,7	331,7	105,3
Variation annuelle moyenne du taux standardisé, 2008-2017	-0,7%	-1,8%	0,1%	-1%

¹ Nouveaux cas sans cancer de la peau non-mélanotique

Tableau 15-3⁴⁵ (définitions cf. p. 3)

Remarquable et inquiétant dans le rapport sur le cancer 2021, le fait qu'après une baisse annuelle des taux standardisés entre -1,8 % et +0,1 % (dernière ligne) de 2008 à 2017, le nombre de cas chez les hommes et les femmes augmentera d'environ 13 % en 2021 et les décès entre 10,5 % et 11,8 %. Les taux bruts augmenteront entre 4,5 et 7,4 %. Au niveau des hospitalisations, 15 types de cancers les voient aussi augmenter entre 6 et 18 %, dont, en tête, celui de la prostate et les néoplasmes malins des organes génitaux féminins. Outre les éventuels décès dus à l'absence de traitement et de diagnostic en 2022, il est urgent de clarifier ces liens et les éventuels effets secondaires des vaccins, car aucune incidence de cancer n'est signalée dans le contexte du Covid-19.

Variation des taux bruts 2021 par rapport à la moyenne 2013-2017



Graphique 15-8 (source : Rapport suisse sur le cancer)

⁴⁵ OFS : – Le cancer en Suisse, rapport 2021; URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.19305697.html>

15.6. Flux de données interrompus : Enregistrement/non-enregistrement statut vaccinal

COVID19Cases_vaccpersons

date	vaccine	vaccination_status	entries	sumTotal	pop	inz_entries	...	version
2021-11-09	all	fully_vaccinated	5	4588	5677544	0.09		2021-11-10_07-50-19
2021-11-09	all	partially_vaccinated	0	1012	171244	0		2021-11-10_07-50-19
2021-11-09	all	not_vaccinated	6	6596	2860567	0.21		2021-11-10_07-50-19
2021-11-09	all	unknown	2158	370651	NA	NA		2021-11-10_07-50-19

COVID19Death_vaccpersons

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	inz_entries	...	version
2022-09-04	all	fully_vaccinated_no_booster	0	726	2176394	0		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated_first_booster	1	505	3858010	0.03		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated	1	1231	6034404	0.02		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	partially_vaccinated	0	110	84619	0		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	not_vaccinated	0	1968	2658823	0		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	unknown	1	1255	NA	NA		2022-11-17_06-08-21

COVID19Death_vaccpersons_AKL10 (bis KW 35/2022)

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	...	geo Region	version
2022-09-04	all	fully_vaccinated	1	1231	6034404		CHFL	2022-11-17_06
2022-09-04	all	partially_vaccinated	0	110	84619		CHFL	2022-11-17_07
2022-09-04	all	not_vaccinated	0	1968	2658823		CHFL	2022-11-17_08
2022-09-04	all	unknown	1	1255	NA		CHFL	2022-11-17_09
2022-09-04	all	fully_vaccinated_first_booster	1	505	3858010		CHFL	2022-11-17_10
2022-09-04	all	fully_vaccinated_no_boost	0	726	2176394		CHFL	2022-11-17_11

COVID19Death_vaccpersons_AKL10_w_v2 (seit KW 36/2022, Neubeginn bei NULL)

date	altersklasse_covid19	vaccination_status	entries	sum Total	pop	...	geo Region	version
202311	all	not_vaccinated	0	58	2654630		CHFL	2023-03-21
202311	all	unknown	5	246	NA		CHFL	2023-03-21
202311	all	vaccinated	0	91	6123216		CHFL	2023-03-21
202311	all	vaccinated_last_6mo	0	32	916441		CHFL	2023-03-21
202311	all	vaccinated_older_6mo	0	59	5206775		CHFL	2023-03-21
202311	all	vaccinés, tous		1341			CHFL	2023-03-21
202311	all	non vaccinés		2026			CHFL	2023-03-21
202311	all	unknown		1501			CHFL	2023-03-21

Tableaux 15-4 à 15-7; (source OFSP 3)

« Les données concernant le statut vaccinal sont recensées depuis janvier 2021. Elles se fondent sur les informations transmises par les médecins et les hôpitaux dans le cadre des déclarations obligatoires, à savoir notamment des informations cliniques et le statut vaccinal en cas d'hospitalisation ou de décès liés à une infection au SARS-CoV-2 confirmée en laboratoire. »⁴⁶

Depuis le 09/11/2021, le statut vaccinal des notifications de cas n'est plus rapporté !

Remarque : Les tableaux sur le statut vaccinal classent ceux-ci de différentes manières. Pour les « cas », la proportion marquée comme « inconnue » est la plus importante. Pour les décès, c'est la deuxième catégorie la plus élevée et pour les hospitalisations, la troisième, ce qui rend impossible l'interprétation des taux proportionnels de chaque catégorie de vaccination par rapport aux non vaccinés en raison de la taille de la catégorie « inconnu ».

De plus, le 04.09.2022, l'OFSP a modifié les catégories de vaccination, continuant à les diviser par rapport aux personnes non vaccinées qui sont elles toutes dans la même catégorie, réduisant ainsi apparemment leur ordre de grandeur. Des décès supplémentaires ont été transférés du groupe des entièrement vaccinés au groupe de ceux qui ont été vaccinés au cours des 6 derniers mois. Le nombre de 32 décès de vaccinés au cours des 6 derniers mois est faible par rapport aux 59 décès parmi ceux vaccinés auparavant. La différenciation selon le nombre de doses reçues a été abandonnée. Par rapport au groupe de population concerné, les décès des 6 derniers mois sont cependant 2,3 fois plus élevés. Ce sont des astuces statistiques pour masquer la preuve survenue d'un rapport bénéfice/risque négatif de la vaccination : 32 « vaccinés » sont décédés depuis la reprise à zéro de la semaine 36/2022. En comparaison avec les autres catégories, on obtient les pourcentages suivants convertis par million :

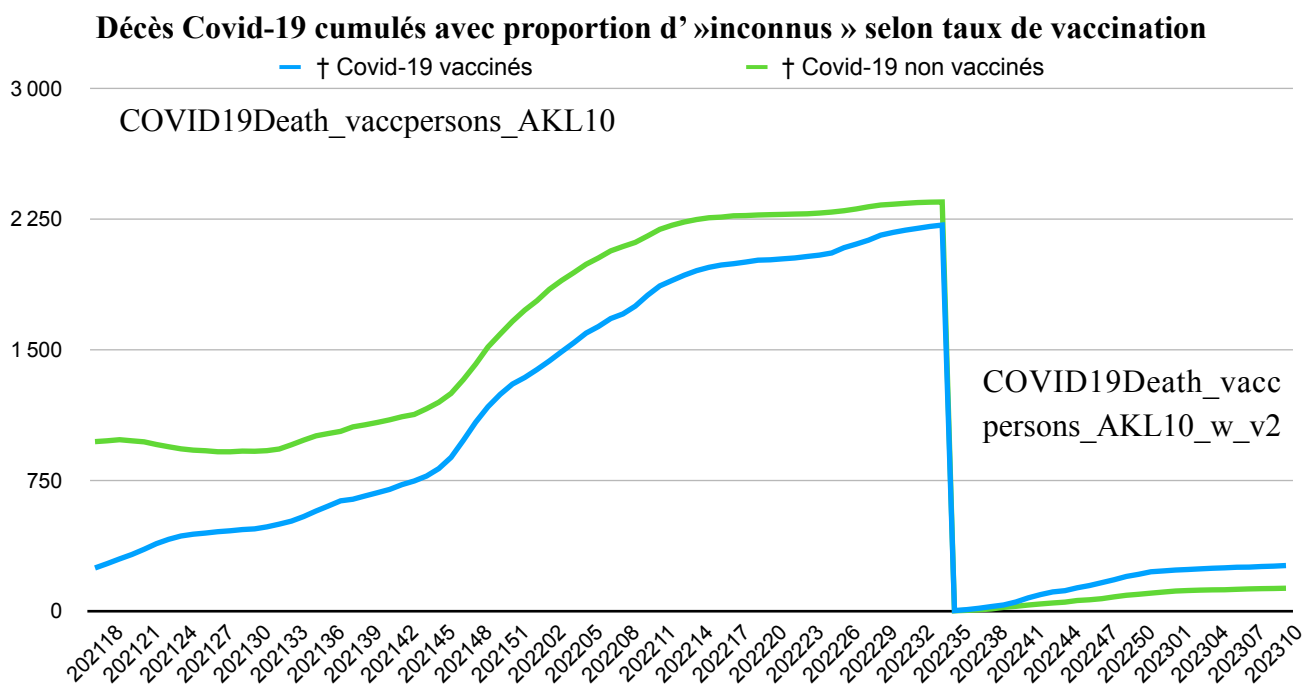
Non vaccinés : 21,8 ; vaccinés avec vaccination avant 6 mois : 14,9 ; vaccinés dans les 6 mois : 34,9.

Cela donne un rapport de 2,3 à 1 entre le nombre de personnes vaccinées et celui des non vaccinées.

Et l'évaluation du danger des personnes récemment vaccinées par rapport à celles qui ont été vaccinées il y a 6 mois : 2,34 : 1

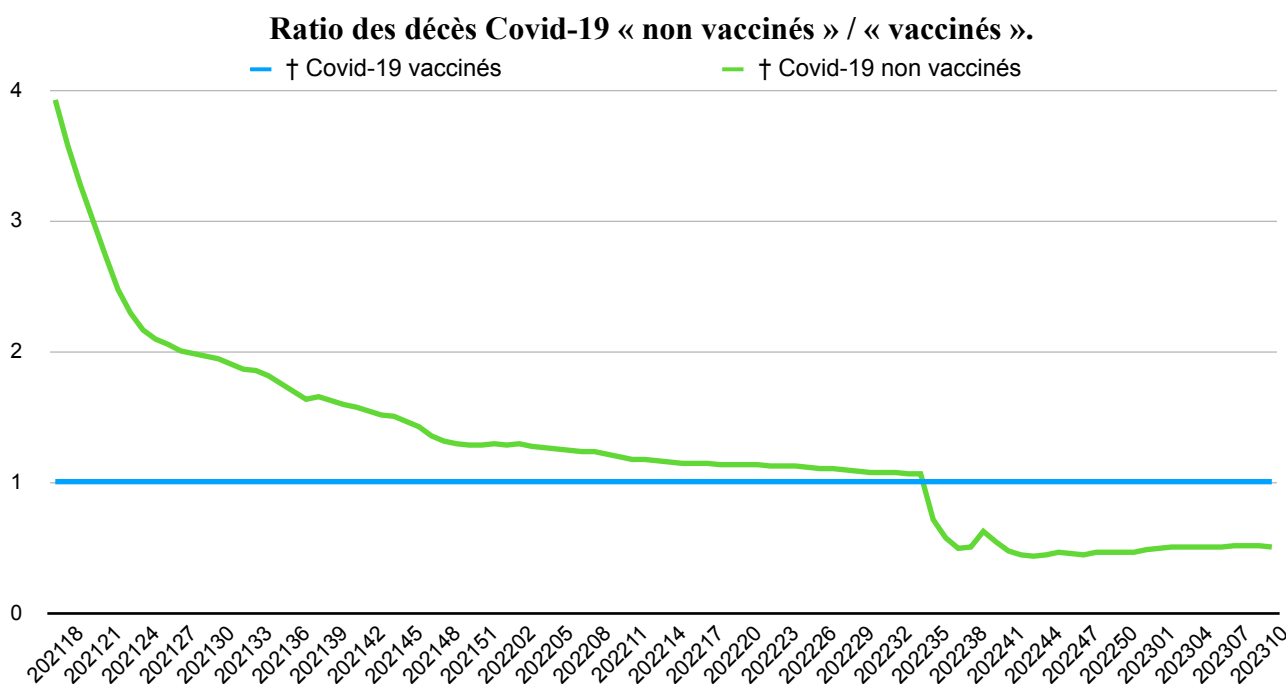
Étant donné le nombre plus de deux fois plus élevé de décès avec un statut vaccinal inconnu, il est impossible de tirer une conclusion statistiquement pertinente, mais la proportion enregistrée donne un signal clair d'impact négatif de la « vaccination » par rapport aux non vaccinés depuis septembre 2022. Ainsi, toute mise à jour d'une recommandation de vaccination aurait dû être depuis longtemps annulée.

⁴⁶ Source : <https://www.covid19.admin.ch/fr/vaccination/status?indicator=death>



Graphique 15-9 (Source : OFSP 14)

Les décès Covid-19 de la catégorie « inconnu » ont été répartis entre le groupe des vaccinés et celui des non vaccinés selon leur statut vaccinal. Toutes les catégories de vaccination ont été regroupées.



Graphique 15-10 (Source : OFSP 14)

Début mai 2021, le rapport des décès avec test positif des non vaccinés était env. quatre fois plus élevé que chez les vaccinés. Fin août 2022, les deux groupes étaient à peu près au même niveau, de sorte qu'au moment où le rapport semblait pencher en faveur des non vaccinés, le flux de données s'est interrompu en septembre 2022. En créant de nouvelles catégories qui ne permettent pas de reconnaître les différents statuts vaccinaux et en divisant les vaccinés en deux nouvelles catégories, leur part est « réduite » et le comptage redémarre à ZÉRO. Depuis janvier, les données cantonales et par groupes d'âge ne sont plus disponibles, ce qui rend impossible le maintien de toutes les relations statistiques existantes.

COVID19Hosp_vaccpersons

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	...	version
2022-09-04	all	fully_vaccinated_no_booster	1	5097	9894		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated_first_booster	0	5921	57		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	fully_vaccinated	0	11018	9951		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	partially_vaccinated	0	340	240125		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	not_vaccinated	10	14283	8527770		2022-11-17_06-08-21
2022-09-04	all	unknown	3	9504	NA		2022-11-17_06-08-21

COVID19Hosp_vaccpersons_AKL10_w_v2 (Dès sem. 36/2022, nouveau départ à ZÉRO)

date	vaccine	vaccination_status	entries	sum Total	pop	per 1 Mio	version
202311	all	vaccinated_last_6mo	1	325	916441	354,6	2023-03-21_06-03-39
202311	all	vaccinated_older_6mo	10	1090	5206775	209,3	2023-03-21_06-03-39
202311	all	not_vaccinated	4	890	2654630	335,3	2023-03-21_06-03-39
202311	all	unknown	43	4870	NA		2023-03-21_06-03-39
202311	all	vaccinés, tous		12773			2023-03-21
202311	all	non vaccinés		15173		564,0	2023-03-21
202311	all	unknown		14374		1,7	2023-03-21

Tableaux 15-8 à 15-9; (source OFSP 3...)

Les hospitalisations Covid-19 selon statut vaccinal se retrouvent aussi dans la même situation que les décès, en commençant en septembre 2022 un comptage selon de nouvelles catégories, qui remettra tous les chiffres précédents à ZÉRO, minimisant ainsi le nombre élevé d'hospitalisations Covid-19 avec statut vaccinal. Le rapport entre les non vaccinés et les vaccinés au cours des 6 derniers mois est nettement modifié par cette « mesure » statistique en faveur de ceux fraîchement vaccinés. Par rapport au groupe de population correspondant, les rapports par million sont tout à fait différents depuis septembre :

Non vaccinés : 335 ; vaccinés au total 564 en proportion.

Cela donne un rapport de 1,7 : 1 en défaveur des vaccinés dans l'évaluation du risque de tous les vaccinés par rapport à tous les non vaccinés.

La catégorie « inconnu », en deuxième position, rend également ce résultat explicite inutilisable. Est-ce l'intention d'une stratégie de dissimulation ? Est-ce un manque de déclaration de la part des hôpitaux ? Refuseront-ils de déclarer ou même de déterminer le statut vaccinal des personnes malgré l'obligation de déclaration ? Ces questions sont complexes et doivent être traitées de toute urgence.

16. Les vaccins à ARNm offrent-ils la protection annoncée ?

Dr Hans-Joachim Kremer (auteur invité)

Sur les pages FAQ actuelles de Swissmedic (état : 1er mars 2023), on peut lire à la question 2 « Les vaccins sont-ils efficaces ? » :

« Seuls des vaccins dont l'efficacité a été prouvée sont autorisés en Suisse. Les fabricants ont mené des études précliniques et cliniques pour évaluer l'efficacité et la sécurité d'emploi de leur vaccin. Les résultats des études cliniques ont révélé une protection contre une maladie grave Covid-19 de 94 pour cent ou plus.⁴⁷ Selon les données, les personnes âgées et les personnes souffrant d'une maladie chronique sont également bien protégées contre les épidémies ou les évolutions graves de la maladie. »⁴⁸

Aucun vaccin n'est efficace à 100 %, de sorte que les personnes vaccinées peuvent elles aussi être infectées. Les données récentes montrent toutefois que chez les sujets vaccinés, la plupart de ces infections sont légères et de courte durée. Les vaccins contre le COVID-19 protègent toujours très bien contre les évolutions graves de cette maladie (hospitalisation ou décès par exemple) et bien contre les infections symptomatiques liées au SARS-CoV-2.

En raison de la suppression des données censées prouver l'efficacité, les autres affirmations concernant la protection contre la maladie grave COVID-19 et la bonne efficacité contre l'infection symptomatique du SRAS-CoV-2 sont vides de sens.

Dans les conseils généraux de prévention, l'OFSP insiste encore le 3 mars 2023 en disant : « La vaccination protège contre le COVID-19 et une évolution grave de la maladie. »⁴⁹

Il devrait être de notoriété publique que les études précliniques peuvent tout au plus donner certaines informations sur la sécurité, mais en aucun cas sur l'efficacité. Mais les études de sécurité précliniques étaient bien trop peu nombreuses pour permettre de tirer des conclusions pertinentes.

L'«évaluation» actuelle renonce aux déclarations antérieures de Swissmedic selon lesquelles le « vaccin » offre une protection contre le risque général d'infection, pour soi-même et pour les autres. De telles affirmations n'ont plus lieu d'être depuis que Janine Small, collaboratrice de haut niveau de Pfizer, a nié en automne 2022 devant le Parlement européen que Pfizer ait jamais collecté des données sur la protection des tiers. Des études d'observation et surtout de nombreuses observations provenant de bases de données accessibles au public ont confirmé depuis longtemps que même la protection contre une « infection » était minime, ce qui est prouvé par les nombreux tests PCR positifs au SRAS-CoV-2.

Or, Swissmedic revendique toujours : « Les vaccins contre le COVID-19 protègent toujours très bien contre les évolutions graves de cette maladie ». Même s'il a récemment enlevé les 94 % qui figuraient auparavant, pour une déclaration vague : « Aucun vaccin n'est efficace à 100 %, de sorte que les personnes vaccinées peuvent elles aussi être infectées. » Le Dr Hans-Joachim Kremer avait

⁴⁷ Swissmedic a supprimé la zone en jaune sur l'efficacité dans la dernière mise à jour de l'article « Les vaccins sont-ils efficaces ? »

⁴⁸ Swissmedic : FAQ sur les vaccins Covid-19 ; URL : <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/news/coronavirus-covid-19/faq-covid.html>

⁴⁹ OFSP : Coronavirus : maladie, symptômes, traitement ; URL : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung.html>

déjà étudié ce sujet en détail en février 2022 ⁵⁰ et avait expliqué que si un tel effet était démontrable, il n'était absolument pas pertinent.

Le tableau suivant est tiré de cet article :

Tableau 17-1 Incidence du Covid-19 dans l'étude Pfizer-Biontech contrôlée par placebo

	Comirnaty				Placebo		
	N	% A	% B		N	% A	% B
Severe Covid-19	1	0,00	2,0	*	9	0.04	3,3
Non-severe Covid-19	49	0,23	98,0		266	1.25	96,7
Any Covid-19	50	0,23	100	***	275	1.29	100
No Covid-19	21 264	99.8	-		20 983	98.7	-
"At risk"	21 314	100	-		21 258	100	-

A se réfère à "at risk". B se réfère à "any Covid-19".

* La valeur p pour 1 contre 9 ("Covid-19 sévère") est de 0,0116 (test exact de Fisher, 2sided).

L'intervalle de confiance à 95% pour le "covid-19 sévère" selon Comirnaty, par rapport à tous les cas de covid-19, est de 0,05% à 10,7%.

*** La valeur p pour 50 contre 275 ("Covid-19") est de 0 (test χ^2).

Basé sur "All-Available Efficacy Population".

Interconnexion décimale "suisse".

source. Rapport d'étude clinique (CSR) m5351-c4591001-final-analysis-interim-p-csr-body.

Cut-off : 14 novembre 2020. Table 31, page 134, Table 40, page 148-

Tableau 16-1

Ces données permettent de calculer une *vaccine efficacy (VE)* contre le *severe COVID-19* (formes graves de COVID-19) de 89 % et en aucun cas de 94 %. L'énorme intervalle de confiance, qui commence seulement à 12,5 % et qui inclut donc clairement la limite de pertinence réglementaire de 50 %, est bien plus discutable (tableau 17-2). L'estimation de Swissmedic est donc fautive, infondée et trompeuse.

Le calcul est encore pire si l'on utilise la population *per protocol population (PPP)* préférée par Pfizer-Biontech. Comme on ne se réfère jamais à une analyse PPP dans les questions de supériorité comme ici, mais toujours à des analyses *intention to treat* ou *all randomised* cela n'a pas d'importance ici.

Tableau 17-2 Calcul de l'efficacité du vaccin

	Comirnaty	Placebo	
All efficacy population	21 314	21'258	(i.e. intention to treat)
COVID-19	1	9	
Asummed no COVID-19	21 313	21'249	
Incidence %	0.00%	0.04%	
Difference (absolute risk reduction)	-0.04%		
	Estimate	Lower 95% CI	Upper 95% CI
p-value	0		
Relative risk (reduction, RR or RRR)	0.11082	0.014	0,875
Vaccine efficacy (VE = 1 – RR)	88.9%	12.5%	98.6%

Source . Rapport d'étude clinique (CSR) m5351 -c4591001 -final-analysis-interim-p-csr-body.

Date limite : 14 novembre 2020. Tableau 40, page 148

Calculs propres

Tableau 16-2

D'autres problèmes se posent pour l'évaluation des données par Swissmedic. En effet, pourquoi se concentrer unilatéralement sur *severe COVID-19*, alors que cette variable a également été influencée de manière décisive par la question cliniquement non pertinente de savoir si un test PCR

⁵⁰ Dr. Hans-Joachim Kremer: Der Effekt der Impfung auf schwere Verläufe ist völlig irrelevant; URL : <https://tkp.at/2022/02/04/der-effekt-der-impfung-auf-schwere-verlaeufe-ist-voellig-irrelevant/>

était positif ou négatif ; sans un test positif, un cas n'aurait jamais été évalué. Il aurait donc été judicieux de compter et de comparer tous les cas de *severe adverse event* ou de *serious adverse event*. Voir à ce sujet le tableau 17-3.

Comme il est d'usage en matière de sécurité, tous les participants exposés sont pris en compte dans le dénominateur, qui est ainsi légèrement plus grand que dans le tableau 16-1 ci-dessus, mais pas de manière significative. En fait, les chiffres bruts de 240 effets secondaires graves après Comirnaty et 139 après placebo n'ont pas besoin de statistiques supplémentaires. On pourrait s'attendre à ce que les 1 cas sur 9 mentionnés ci-dessus y soient inclus. Cependant, la différence est tellement grande que cette question est insignifiante.

Tableau 17-3 Événements indésirables dans l'étude Pfizer-Biontech contrôlée par placebo

	Comirnaty		Placebo
Severe AE (sévères)	240	*	139
Serious AE (graves)	126	n.s.	111
At risk	21'621		21'631

* La valeur p pour 240 contre 139 est de 0. RR = 1,73 (IC 95% 1,40 à 2,13).

AE - adverse event = événement indésirable. Sont toujours comptés les individus avec un tel événement. source . CSR comme ci-dessus. Dans Table 51, page 238. Calculs personnels.

Tableau 16-3

On pourrait éventuellement objecter que le *severe COVID-19* était toujours associé à une hospitalisation, ce qui n'était pas nécessairement le cas du *severe AE*. C'est pourquoi la ligne *serious AE*, pour laquelle il n'y a aucun doute sur la comparabilité, est également présentée ci-dessus. Dans cette évaluation, il est vrai que cette classe contient tous les cas de *severe COVID-19*. Malgré l'avantage possible de la vaccination en matière de *severe COVID-19* celui-ci ne s'est pas répercuté sur l'incidence de *serious AE*. Néanmoins, la méthode numérique de Comirnaty donne de moins bons résultats, mais pas de manière significative.

Toutes ces données étaient déjà disponibles pour la FDA, l'EMA et Swissmedic lors de l'autorisation et auraient pu et dû être évaluées en conséquence.

Depuis août 2022 au plus tard, l'évaluation de Fraiman et al.⁵¹ disponible va dans le même sens, même si les données sont légèrement différentes. Les auteurs ont aussi évalué les données du Spikevax (de Moderna), sans obtenir de meilleurs résultats.

Il se peut donc qu'il y ait eu un effet sur les cas graves de COVID-19 au moment de ces études, mais cela n'a jamais été clair, ni cliniquement pertinent. Les données de l'époque vont globalement dans le sens contraire, de sorte que les autorités auraient dû supposer que les vaccins étaient inutiles (*futility*). Il semble totalement incompréhensible et irréfléchi qu'un comité d'experts renommés de Swissmedic s'accrochent encore à l'utilité prétendue des vaccins au vu des données disponibles en 2023.

⁵¹ Fraiman et al.: Serious adverse events of special interest following mRNA COVID-19 vaccination in randomized trials in adults; URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X22010283?via%3Dihub>