Machine Translated by Google

LE NOMBRE OFFICIEL DE DÉCÈS DU COVID-19 EST UNE SURESTIMATION MULTIPLE.

La méthode mathématique-logique pour mesurer le nombre réel de victimes mortelles de Covid-19.

L'analyse des lignes directrices, les États-Unis en 2020.

par Damien Rafal & coll.

Abstrait

CONTEXTE : Que signifient les données présentées dans les tableaux du CDC « Décès impliquant un coronavirus » ? Celui l'information objective est : "xxx milliers de personnes sont mortes et sont probablement infectées par le Covid-19". Mais combien de ces personnes vivraient encore sans le Covid-19 ? Le but de cet article est de présenter la méthode math-logique qui permet de révéler le nombre réel de victimes mortelles de Covid-19 aux États-Unis MÉTHODES : Les idées de solutions sont originales, mathématiques – logiques ; il a été utilisé construit par nous estimateurs. Les données calculées sont généralement légèrement arrondies, car la présentation de la méthode est l'objectif principal de l'article. RÉSULTATS : Il est important de noter que moins de 10 % des personnes signalées comme victimes de Covid-19, aux États-Unis en 2020, est mort de la complicité du Covid-19 et tout le reste serait mort dans le même temps ou dans un temps très proche de l'identique de toute façon (également sans Covid-19) parce que leurs décès résultaient de la structure d'âge normale des décès aux États-Unis, créant l'âge moyen du décès dans l'année donnée. INTERPRÉTATION : L'officiel nombre de victimes du Covid-19 est en grande majorité « le double comptage » de ceux qui mourraient que ce soit dans le même temps (ou dans un temps très proche) même sans Covid-19. L'analyse 'ex post' est nécessaire pour découvrir le nombre réel de décès dus au Covid-19. FINANCEMENT : Aucun.

Introduction

Il semble qu'il n'y ait pas d'essai correct analysant le nombre réel de victimes de Covid-19 à trouver. A quoi servent les données présentés dans les tableaux du CDC « Les décès liés au coronavirus » signifient-ils ? La seule information objective est : « xxx des milliers de personnes sont mortes et sont probablement infectées par le Covid-19 ». Mais combien de ces personnes vivrait-il encore à coup sûr si ce n'était pas Covid-19 ? La principale raison sommaire des décès est le «vieillissement» = l'âge avancé et tout maladies (affections) dont la fréquence et les effets mortels lui sont très fortement corrélés (ce qui signifie, avec faiblesse générale de l'organisme); ces conditions sources sont dans le corps lui-même ou une progression de la condition a besoin de beaucoup de temps et d'un âge avancé. Ensuite, il y a les décès causés par des causes entièrement externes comme différentes blessures. Les infections ont des actions alourdissantes (les effets mortels sont fortement corrélés à la faiblesse générale de l'organisme /âge). La mortalité infantile est un autre groupe assez important de causes de décès. Le fait essentiel à retenir est que le nombre de maladies chroniques et l'espérance de vie sont également très fortement corrélés. L'objectif de cette article est de montrer comment calculer le nombre réel de victimes mortelles de Covid-19.

/Toute influence potentielle de mauvais diagnostics (par exemple Covid-19 au lieu de la grippe ou d'autres coronavirus) sur le résultat final n'est pas inclus dans les calculs./

Machine Translated by Google

Méthodes

Les idées de solutions sont originales, mathématiques - logiques. Quelques suppositions logiques ont dû être résolues. D'abord on a estimé quel serait l'âge moyen du décès en 2020 dans un groupe similaire (à celui supposé être tué par Covid-19) mais s'il n'y avait que ceux qui sont morts en 2020 pour d'autres raisons et ceux qui sont vraiment décédés à cause de Covid-19 (sinon censés vivre plus longtemps) ont été exclus. Ensuite, la moyenne plus loin l'espérance de vie des personnes de l'ensemble du groupe "décès liés au Covid-19", si elles étaient encore en vie, a été calculé. Les calculs ont largement utilisé les bases de données du CDC, du NSC et d'autres institutions, ainsi que Life Tableau. Des estimateurs construits par nous ont été utilisés. Pour comprendre les procédures de calculs et ce que les conséquences sont qu'un lecteur doit suivre la résolution et les explications données ci-dessous. Les données obtenues sont en outre légèrement arrondis. En général, certains des résultats intermédiaires sont légèrement arrondis et la méthode est à certains endroits légèrement simplifié pour chasser les calculs et parce que parfois toutes les données d'entrée ne sont pas très précises étaient disponibles, alors que la présentation de l'idée est l'objectif principal de cet article ; cependant, il ne peut pas être utile influencer le résultat final de cette analyse.

Procédure détaillée et résultats

Partie 1

L'âge moyen de ceux qui sont officiellement décédés du Covid-19

Aucune donnée prête concernant le Covid-19 ne peut être trouvée, à part l'âge médian arrondi de 78 ans dans les premières données [1]. Mais commençons par l'âge moyen de décès dans la société américaine en 2019. La croissance démographique (avec un rôle considérable de l'immigration des jeunes mobiles) a augmenté la distance à l'espérance de vie aux États-Unis (LE = 78,75 pour 2019 [2]) [environ les changements de LE au fil des décennies peuvent être lus dans la sous-partie -c-]. Sur le site wonder.cdc.gov – 'Underlying Cause of Death', nous pouvons obtenir des données concernant les personnes décédées regroupées par 'Âge d'un an' plus choisissez 2019, puis calculez-le pour recevoir 73,77 ans. … Aux fins de ce analyse, nous prenons l'âge moyen théorique (en supposant l'absence de Covid-19) du décès, dans la société en l'an 2020, être de 74,0 [il a fortement augmenté de 2018 à 2019 -de 0,5 an (vieillissement de la société), la prochaine augmentation devrait donc ralentir et atteindre (jusqu'à) environ 74,0 ans [3]. …Il est conseillé d'obtenir un estimation/anticipation précise par une étude démographique détaillée avec taux de mortalité.

L'âge moyen des personnes formant le groupe officiel "décès liés au Covid-19" (DIC) que nous calculons dans ce une version révisée beaucoup plus tard d'une meilleure manière car les «âges d'un an» pour 2020-Covid-19 ont été disponibles beaucoup plus tard. [Le code CIM de Covid-19 est U07.1]. Nous entrons donc dans www.wonder.cdc.gov –'Cause sous-jacente du décès' et demandez les données : 'Single-Year Ages' + '2020' + 'U00-U99'. -Le résultat calculé est de 76,08 ans, mais avec un peu moins de 351 milliers de cas inclus là-bas. C'est presque la même valeur que nous avons précédemment supposé être (76.1), le recevant de manière indirecte, ne disposant pas encore des données wonder.cdc.gov.

Machine Translated by Google

Combien de membres du groupe officiel américain DIC auraient pu voir leur date de décès accélérée

a) Au départ, il faut calculer quel serait l'âge moyen des personnes décédées dans un groupe* proche de la même au groupe officiel "décès impliquant le Covid-19" [le CDC] s'ils sont décédés en 2020, mais sans véritable Covid-19 décès liés (*désormais appelé groupe CTIWCD). Le déjà pris, en supposant l'absence de Covid-19, l'âge moyen de décès aux États-Unis en 2020 (AD) est de 74,0 ans. Mais cette valeur est à revoir à la hausse en raison de certains facteurs. Les blessures mortelles raccourcissent la vie d'une personne et leur impact est unique car ne sont pas des dérivés d'un état de santé déjà "pas loin d'être mortel" ! Les blessures mortelles sont indépendantes et excluent donc le Covid-19 participation causale [bien que des exceptions distinctes aient été signalées], donc l'âge moyen du décès pour notre (CTIWCD) doit exclure l'impact des blessures au sens large. Nous pouvons entrer les données CDC.gov nommées "Principales causes de décès" et voyez qu'il existe certains groupes de causes qui ne dépendent pas directement du vieillissement de l'organisme.

-Accidents (blessures non intentionnelles) : 167127 cas en 2018 /(données pour 2019 encore non disponibles alors)

-Automutilation intentionnelle (suicides) : 48344

-Agressions : 18830

En approfondissant (données 2018, importées en janvier 2021 du site : https://injuryfacts.nsc.org), nous pouvons voir qu'il existe des sous-catégories concernant les "Accidents", avec différentes structures d'âge de leurs victimes.

-"Empoisonnement'	20,0 pour 100 000 (décès pour 100 000 habitants)
-'Accidents de véhicules à moteur'	12,4 pour 100 000
-'Chutes'	12,0 pour 100 000
-'Étouffer'	1,6 pour 100 000
-'Noyade'	1,1 pour 100 000
-'Feu/fumée'	0,9 pour 100 000
-'Étouffement mécanique'	0,4 pour 100 000

Nous calculons la contribution négative de 'Empoisonnement'- (P) à l'âge moyen au décès (AD) dans les chemin. La part de tous les décès « accidentels » (blessures évitables) dans l'ensemble des décès est de 0,0589 et la part de la catégorie « Empoisonnement » dans les décès « accidentels » est de 0,37 (0,0589 x 0,37 = 0,0218). Nous le calculons assez précisément, en utilisant l'estimateur suivant [43,5 = l'âge moyen d'une victime d'empoisonnement mortel (estimation)] :

$$(1 - 0{,}0218) \times (AD + P) + 0{,}0218 \times 43{,}5 = AD$$

$$0{,}9782 \times 74 + 0{,}9782 \times P + 0{,}9483 = 74$$

$$72{,}3868 + 0{,}9782 \times P = 73{,}0517$$

$$P = 0{,}6649 / 0{,}9782 = 0{,}68$$

La catégorie « Empoisonnement » d'environ 0,70 ans. a son impact négatif sur l'âge moyen de décès aux États-Unis

Machine Translated by Google

Pour notre curiosité, nous pouvons calculer les influences d'autres blessures distinctes (y compris les blessures intentionnelles). Ils sont pour les « Suicides », les « Accidents de moto » et les « Agressions » de 0,45, 0,40 et 0,25 an, respectivement. 'Noyade', étouffement', 'incendies'/'fumée' et 'suffocation mécanique' sont tous des bagatelles et s'additionnent à 0,10 an. Il existe une catégorie importante avec l'âge moyen d'une victime significativement plus élevé que l'âge moyen de décès dans la société au cours de l'année = 'Chutes'. Nous avons estimé (Injuryfacts.nsc.org) la moyenne L'âge de la victime des «chutes» est d'environ 80,0 ans. La part de tous les décès «accidentels» dans tous les décès aux États-Unis est de 0,0589 et la part de la catégorie « Chutes » dans l'ensemble des décès « accidentels » est de 0,235. Encore une fois : 0,0589 x 0,235 = 0,014.

(1 - 0,014) x (AD + F) + 0,014 x 80,0 = AD

0,986 x 74 + 0,986 x F + 1,12 = 74

72,964 + 0,986 x F = 72,88

- 0,085 0,084 /0,986 = F =

Il existe d'autres causes mineures de « blessures évitables » mortelles (accidents) avec leur part totale de 9 % (Injuryfacts), mais leur structure par âge n'y est pas donnée ; cependant (0,70 + 0,40 + 0,1 – 0,1) x (9/91) est d'environ 0,1. …Il y a aussi des décès dus à des erreurs médicales évitables semblables à des blessures comme des événements liés à la drogue, des erreurs pendant opérations et événements postopératoires. Mais ils ne permettent pas de procéder à une révision significative de l'âge moyen des mort pour notre groupe, car ces décès ne devraient pas concerner autrement des personnes à l'état de santé standard mais ceux qui sont pour la plupart âgés et dans un état pire, en moyenne, que la norme d'âge et recherchent donc une formation intensive. se soucier. De plus, les opinions sur leur nombre sont extrêmement différentes les unes des autres. Il pourrait y avoir jusqu'à quelques dizaines de milliers de ces décès par an (= mais officieusement, si utiliser des mesures extrêmes et plutôt lâches opinions), mais d'un autre côté, il y a des opinions selon lesquelles les données officielles sont plus objectives et il n'y a que 5 milliers de « complications de soins médicaux et chirurgicaux » mortelles par an [4-p.41], donc de type blessure il devrait probablement y avoir 1-2 milliers. Nous estimons (subjectivement) son impact entre zéro et 0,20 an, et nous prendrons 0,1 pour la suite de l'analyse.

Il existe encore des facteurs qui vont sensiblement réviser à la hausse l'âge moyen au décès de notre groupe (CTIWCD), mais ces facteurs sont principalement associés aux tranches d'âge les plus basses. Les facteurs des tranches d'âge les plus basses sont dans une vaste majorité « consommée » dans la tranche d'âge 0-1. Mortalité infantile = malformations congénitales, faible poids à la naissance, naissance à terme complications et le reste des causes. Comme on pouvait s'y attendre, le poids de ce sous-groupe d'âge dans les « décès impliquant le groupe Covid-19 est proche de zéro (plus de 70 fois moins que la norme dans tous les décès dans la société [4] = 0,01 % contre 0,73 %). Mais la deuxième valeur, nous devons l'ajuster aux actions sans blessures classiques. Cela donne : 0,76 %

[1 - (0,0076 - 0,0001)] x (ADWI + I) + (0,0076 - 0,0001) x 0,5 = ADWI

0,9925 x 75,75 + 0,9925 x I + 0,0037 = 75,75

75,1819 + 0,9925 x I = 75,7463

je = 0,5644 /0,9925 = 0,5687

/ADWI - la valeur après avoir augmenté AD en déduisant l'impact négatif des "blessures"

Un autre ajustement à la hausse de l'âge moyen attendu du décès pour notre groupe est nécessaire si l'âge-décès structure du groupe officiel « décès liés au Covid-19 » (DIC) est encore perturbée par des déficits de moindre

Machine Translated by Google

parts des sous-groupes d'âge par rapport aux parts normales après soustraction des décès dus à des « blessures »

-Ces personnes, qui meurent à l'âge d'une tranche d'âge inférieure, créent un impact négatif de cette tranche d'âge sur l'âge moyen de décès dans l'année ; cet impact diminue avec la diminution du pourcentage de personnes qui meurent à l'âge de cette tranche d'âge.

... Nous avons comparé les parts des sous-groupes d'âge du groupe DIC (cette fois en nous basant sur des données disponibles bien plus tard de wonder.cdc.gov, donc avec une structure d'âge peu différente de celle des données CDC du début 2021, pour l'adapter aux données reçues à partir de cette source âge moyen dans le groupe DIC = 76,08) avec ses parts normales dans tous les décès dans la société [4-p.25]. Ensuite, nous avons corrigé les deuxièmes valeurs en déduisant tous les décès dus à des « blessures » (Injuryfacts et [4]). Ensuite, nous avons calculé les valeurs préliminaires par lesquelles l'âge moyen de décès dans le groupe CTIWCD devrait en outre être revu à la hausse.

les parts du sous-groupe 01-14 : 0,02 % contre 0,32 % (0,20 % après la correction)

[9.173 /2854.84 et (9.17 - 3.82) /2614.49]

les parts du sous-groupe 15-24 : 0,14 % contre 1,04 % (0,27 % après la correction)

[29.78 /2854.84 et (29.78 - 22.59) /2614.49]

les parts du sous-groupe 25-34 : 0,64 % contre 2,07 % (0,81 % après la correction)

[59.18 /2854.84 et (59.18 - 38.12) /2614.49]

les parts du sous-groupe 35-44 : 1,73% contre 2,91% (1,83% après correction)

[82,99 /2854,84 et (82,99 - 35,19) /2614,49]

les parts du sous-groupe 45-54 : 4,84 % contre 5,62 % (4,85 % après la correction)

[160.39 /2854.84 et (160.3 - 33.53) /2614.49]

les parts du sous-groupe 55-64 : 12,00 % contre 13,13 % (13,01 % après la correction)

[374,94 /2854,84 et (374,94 - 34,75) /2614,49]

les parts du sous-groupe 65-74 : 21,74 % contre 19,46 % (20,38 % après la correction)

[555,56 /2854,84 et (555,56 - 22,73) /2614,49

les parts du sous-groupe 75-84 : 27,66 % contre 24,10 % (25,49 % après la correction)

[688.03 /2854.84 et (688.03 - 21.70) /2614.49

…et les sous-groupes 85+ : 31,22% vs. (32,40% -déjà corrigé)

Il existe des différences de parts relatives considérables dans les sous-groupes 01-14 et 15-24 ans, mais n'arrivent ensuite que les délicats. Les décès dus à des anomalies congénitales ont une part de 5 % dans la tranche d'âge et les affections de 1 à 19 ans (principalement le cancer et les maladies cardiaques) jouent un très petit rôle [5].

Ces révisions préliminaires dues aux déficits des parts des sous-groupes sont estimées de la manière suivante (l'exemple pour le sous-groupe 15-24) :

[1 - (0,0027 - 0,0014)] x (75,75 + S) + (0,0027 - 0,0014) x 20 = 75,75

0,9987 x (75,75 + S) + 0,026 = 75,75

75,652 + 0,9987 x S = 75,724

S = 0,072 /0,9987 = 0,072

/les 75,75 ans appliqués = l'âge moyen du décès (en 2019) après déduction de l'impact négatif des 'blessures'/

/ 20,0 = l'âge moyen du décès dans le sous-groupe [car l'âge moyen d'un sous-groupe du groupe DIC est généralement un peu inférieur

Machine Translated by Google

que celui d'un sous-groupe correspondant concernant les autres décès (peut être étudié sur wonder.cdc.gov) -il n'y a pas de risque d'une sous-estimation totale./

Si certains pourcentages manquent dans les sous-groupes inférieurs, cela signifie qu'ils doivent ensuite être répartis dans les sous-groupes supérieurs. sous-groupes d'âge du groupe CTIWCD. Par exemple le déficit total dans la tranche d'âge 0-24 ans est de : 0,76 + 0,18 + 0,13 = 1,07 %, donc la prochaine part de 0,64 % sur le côté gauche (le sous-groupe 25-34) que nous devrions comparer (lors du calcul la prochaine révision) non pas avec 0,81 % du côté droit, mais avec : 0,81 /(1 - 0,0107) = 0,82 % … et plus loin on compare 1,73% non pas avec 1,83% du côté droit, mais avec 1,85%, et ensuite 4,84% avec 4,92%, etc.

La somme des révisions préliminaires (RP) dues aux partages modifiés est :

0,122 + 0,072 + 0,082 + 0,043 + 0,021 + 0,192 - 0,046 - 0,191 = 0,295

La dernière des valeurs partielles ci-dessus est reçue plus rapidement et concerne simultanément à la fois 75-84 et 85+ sous-groupes d'âge dont l'âge moyen est déjà supérieur à 75,75 ans. Tout pourcentage manquant dans le sous-groupe 85+ signifie plus (en %) de personnes mourant plus tôt, ce qui diminue l'âge moyen au décès et la somme des révisions. Les parts comparatives pour le calcul de la dernière révision partielle sont de 25,93 % (75-84) et 32,96 % (85+) ; ces parts résultent de l'ajustement supplémentaire dû au flux de révisions partielles antérieures, comme expliqué au début de la page en cours. Tout pourcentage manquant (dans le sous-groupe 85+) alimente désormais uniquement les 75-84 sous-groupe (car toutes les révisions dues aux différences de part dans la tranche d'âge 0-74 sont « consommées » et donc la somme des les parts des sous-groupes 75-84 et 85+ sont égales des deux côtés), et nous pouvons donc estimer rapidement l'influence :

-(0,3296 - 0,3122) x (91 - 80) = -0,191

/Si pour répéter la sous-analyse ci-dessus, il pourrait être préférable d'utiliser une précision de 0,001 % dès le début, si possible, sinon, une micro-correction supplémentaire est nécessaire à la fin, car les plus petites imprécisions augmentent avec les étapes suivantes./

[Il n'y a rien d'extraordinaire dans le sous-groupe des 85 ans à avoir une part un peu diminuée dans le sous-groupe DIC. Il est souligné à la fin de la partie 2 que le facteur correctif le plus important est un niveau d'expression du récepteur ACE2, et les niveaux d'expression des récepteurs ACE2 devraient diminuer à un âge très avancé.]

La somme totale des PR comprend également la révision due à la « mortalité infantile » (qui est en partie similaire aux « traumatismes ») :

0,569 + 0,295 = 0,864

Cependant, ce qui compte, c'est la somme des révisions finales. Les parts des sous-groupes d'âge inférieurs peuvent être un peu plus faibles dans le groupe « décès liés au Covid-19 » (DIC) que dans la société en 2020 (décès) principalement dus à des raisons (par exemple, certaines anomalies congénitales et certaines affaires pédiatriques - plus à ce sujet à la fin de la partie 2), mais le facteur des vrais décès du Covid-19, abaissant l'âge moyen de décès, se superpose à ce qui produit la pression dirigée vers le bas (âge); nous devrions donc ensuite éliminer l'effet de ce facteur sur la révision pour le groupe CTIWCD. -Sinon cela a diminué l'âge moyen de décès alors les déficits des parts de plus faible les sous-groupes d'âge seraient encore plus grands et donc les révisions devraient être encore plus élevées. Le groupe DIC doit être une droite dérivé du groupe CTIWCD au sens qui est expliqué en fin de partie 2 (veuillez y aller obligatoirement). L'âge moyen de décès dans le groupe DIC, même avec les déficits des parts des sous-groupes d'âge inférieurs, est abaissé, donc pour calculer la somme des révisions finales (pour le groupe CTIWCD) il faut ajuster l'âge moyen au décès

Machine Translated by Google

dans le groupe DIC à la valeur la plus élevée de : 76,0 plus la somme des révisions finales elle-même"(*) car la révision doit être reflétée par la même valeur (excédent) au-dessus de 76,0 (/pourquoi il ne faut pas supposer que cette valeur* est encore plus élevée est expliqué à la fin de la partie 2). Une assez bonne approximation initiale ici est '76.0 plus la somme préliminaire de révisions' (76.0 = 74.0 + 2.0; 2.0 -l'impact des blessures, veuillez vérifier au bas de cette page), car l'âge moyen dans le groupe DIC n'est pas très éloigné de 76,0 + 0,86/. …Parts du 01+ tranche d'âge du groupe DIC (à l'exception de la dernière tranche de résumé ouverte (85+) qui signifie « le reste » = '100% moins la somme de toutes les actions précédentes') doit être dilué. Une densité de sous-groupes d'âge est assez bonne (typiquement tous les 10 ans), on peut faire l'ajustement de l'âge moyen en recalculant/diminuant les parts (des sous-groupes d'âge jusqu'à 85 ans) de cette manière simple : Sn x 76,08 /(76,00 + 0,86), la tranche d'âge 85+ obtient une part accrue et a légèrement augmenté son âge moyen. …Il donne les parts suivantes :

0,02 %, 0,14 %, 0,63 %, 1,71 %, 4,79 %, 11,88 %, 21,52 %, 27,38 % (et donc le sous-groupe 85+ : 31,92 %)

Et après un nouveau comptage, nous obtenons les valeurs de révision suivantes concernant la tranche d'âge 01-85+ :

0,122 + 0,072 + 0,087+ 0,050 + 0,034 + 0,213 - 0,031 - 0,139 = 0,408

Et que pourrait être la révision finale avec une amélioration infinie de l'approximation initiale ?

(0,977 - 0,864) /0,864 = 0,1308

un /(1 - r) = 0,1308 /(1 - 0,1308) = 0,1505

0,864 + 0,1505 x 0,864 = 0,994

Ensuite pour le résultat final il faut aussi faire la micro down-correction (le plus simple c'est : 'x 75.76 /76.0') du fait que l'on prend (pour 2020) l'augmentation, de >0,2 an, de l'âge moyen au décès (//on obtient donc 0,991).
/Les erreurs médicales évitables assimilables à des blessures ne sont pas incluses dans les calculs ci-dessus car leur structure par âge précise est inconnue et leur effet est très faible et incertain./

…Ainsi, la valeur totale de l'ajustement à la hausse pour notre groupe (CTIWCD) est :

(0,70 + 0,45 + 0,40 + 0,25 + 0,10 - 0,10 + 0,10)** + 0,10 + 1,0 = 3,10 ans

/*La valeur récapitulative ci-dessus est révisée à la hausse de 0,10 car les données pour 2019 [4], disponibles à une date un peu plus tardive, montrent que le nombre de décès par blessures a augmenté de 3,5 % (vs. 2018), alors que le nombre total de décès n'a augmenté que de 0,55 % ; et la vérification par le calcul sommaire basé sur l'âge moyen du décès en 2019 suite à une blessure (environ 52,0 ans selon notre calcul) donne un résultat un peu plus élevé :

(1 - 0,0842) × (AD + P) + 0,0842* × 52 = AD

0,9158 x 74 + 0,9158 x P + 4,3784 = 74

67,7692 + 0,9158 x P = 69,6216

P = 1,8524 /0,9158 = 2,0

/*C'est la part des décès dus aux blessures (accidentelles + suicides + agressions + interventions judiciaires) [4]. Pour 2020 nous supposons qu'il serait très similaire (l'âge moyen ne pourrait être augmenté que de manière minimale, car la plupart des blessures sont assez selon l'âge)./

Donc : 74,0 + 3,1 = 77,1 an

Machine Translated by Google

… Mais à la toute fin, une correction à la baisse supplémentaire s'est avérée nécessaire. Cette correction est nécessaire en raison de le fait que dans le groupe DIC il y avait 55% d'hommes et ce 55% concerne tous les infectés et pas seulement les victimes de Covid-19 (il est montré dans la partie 2) ; les systèmes hormonaux sont soupçonnés d'en être la cause. Examinons les données pour 2019 [4-p.45-49] : tous les décès : 2854 838 (masculin : 1473.823, féminin : 1381 015) donc il y a un peu plus d'hommes. Mais après avoir déduit toutes les blessures non intentionnelles, les suicides, les agressions et les interventions judiciaires, nous avons : 2614,50 et hommes : 1307,97 = les hommes ont exactement une part de 50,0 %. Sur wonder.cdc.gov – « Cause sous-jacente du décès » nous pouvons regrouper les résultats simultanément par : 'Groupes d'âge x-année', 'Sexe', 'Intention de blessure' … et sélectionner au point 4 : 2019. Il nous permet de calculer l'âge moyen des hommes et des femmes décédés en raison du « vieillissement » (ce qui signifie avec des événements semblables à des blessures et la mortalité infantile éliminés ; bien qu'il y ait 10 000 blessés de plus par rapport à "[4]"). Nous recevons respectivement 74,06 ans et 78,65 ans, mais ce ne sont pas très précis valeurs, car nous utilisons notre méthode basée sur les 'groupes décennaux', mais peu importe car nous calculons de même les valeurs tant pour les hommes que pour les femmes suivantes et nous ne nous intéressons qu'à leurs valeurs plus ou moins précises relation. [Pour obtenir des valeurs très précises, il faut sélectionner 'Âges d'une année', et donc lui donner plus de temps avec des calculs simples.]

(74,06 + 78,65) /2 = 76,36

74,06 x 0,55 + 78,65 x 0,45 = 40,73 + 35,39 = 76,12

76.12 /76.36 = 0.9969 …et donc :

77,10 x 0,9969 = 76,86

Ainsi, nous prenons finalement 76,85 arrondi comme valeur pour le groupe CTIWCD. Cette valeur signifie que si dans le DIC groupe, il y a eu zéro vrai décès de Covid-19, alors tous étaient simplement ceux qui sont morts en 2020 en raison du «vieillissement» et ainsi de suite l'âge moyen d'un défunt du groupe DIC devrait alors être d'environ 76,85 ans.

{Si nous avions un énorme sous-groupe de personnes décédées (au cours d'une année donnée) et que sa structure par âge était presque identique à celle de tous les décès (après élimination des causes de décès autres que le « vieillissement ») et le sous-groupe était (avant tous les décès) d'un âge-état de santé similaire à tous les décès, aucun nouveau facteur de mortalité (maladie) ne pourrait être commun exclusivement dans ce sous-groupe ; tout tueur nouveau et commun aurait dû considérablement diminuer l'âge moyen de décès (pour une infection, après ajustement par les taux d'infection et les taux de maladie symptomatique - veuillez vérifier la partie 2) ! Covid-19 ne peut pas omettre le reste et choisir d'infecter et de tuer les plus forts/les plus forts et de cette façon montrer des choses similaires parts des sous-groupes d'âge des personnes décédées ; pour bien comprendre la question, veuillez continuer à lire sous-parties -b- et -c-, et Partie 2}

b) Depuis que des personnes du groupe « décès impliquant le Covid-19 » auraient été tuées par le Covid-19 (décès accélérés), cela signifie que sans son « intervention », ces personnes devraient encore vivre. Ainsi, on calcule l'espérance de vie moyenne supplémentaire pour les personnes de l'ensemble du groupe 2020-DIC si elles étaient en vie, et (initialement) s'ils avaient l'état de santé standard. Nous traçons leur structure par âge de décès plus les parts de femmes et d'hommes sur la « table de mortalité actuarielle » [2]. Au départ, nous nous basons sur les valeurs médianes des sous-groupes d'âge de 10 ans, puis en prenant en tenant compte des poids de ces sous-groupes d'âge (dans le groupe DIC), nous calculons le résultat préliminaire pour l'ensemble groupe. Les calculs très minutieux donnent le résultat de 12,25 ans, mais il faut ensuite l'ajuster à la hausse car

Machine Translated by Google

l'âge moyen du décès dans le groupe DIC était <76,1 (et non >76,7 - comme ce serait le cas si les calculs de base sur un correspondant avec un âge célibataire médian d'un sous-groupe d'âge) -ce qui donne 12,70 ans ; et doit également être revu à la hausse car notre groupe est composé de ceux qui n'ont pas pu mourir (si pour être inclus dans le groupe) à cause de causes entièrement externes. Pour chaque catégorie mentionnée, nous devons calculer l'encore existant, après avoir formé par le défunt le groupe « décès liés au Covid-19 », effet potentiel diminuant la durée de vie des blessures (X).

…W calculer la valeur X de manière directe, en se basant sur une table de mortalité [2] et des taux de mortalité sur lesquels cette table de mortalité est construit [4-p.42+]. Il n'est pas nécessaire de prendre en compte la tranche d'âge 0-14 ans car sa part dans le groupe DIC n'est que 0,03 % et il faudrait en mourir 1/3 pour changer la part à 0,02 %, nous supposons donc que 0,03 % survivrait pour entrer dans le sous-groupe d'âge des 15-24 ans.

Taux de mortalité pour les sous-groupes d'âge : <1, 1-4, 5–14, 15–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84, 85+ [4 -p.42+]

DRX : 553.0, 23.3, 13.4, 69.7, 128.8, 199.2, 392.4, 883.3, 1764.6, 4308.3, 13228.6

ANREF : 40,5, 9,1, 5,7, 52,8, 83,0, 84,6, 82,0, 81,8, 72,2, 135,8, 399,1 (/les deux pour 100 000 habitants)

/DRX – taux de mortalité généraux ; DRI - taux de mortalité pour toutes les blessures (accidentelles + suicides + agressions + interventions judiciaires)/

Nous passons d'abord d'un sous-groupe d'âge inférieur du groupe DIC à un sous-groupe d'âge supérieur voisin et vérifions quel % de personnes devrait survivre pour devenir des représentants moyens d'un sous-groupe supérieur [2] ; ceux déjà le fait d'appartenir à un sous-groupe supérieur plus les futurs nouveaux arrivants donnent la part totale des personnes à risque de mourir en raison d'une blessure à cet âge.

la part totale pour le sous-groupe 15-24 = 0,17 %

la part des hommes dans ce sous-groupe DIC : 62 %

0,9855 × 0,62 + 0,9943 × 0,38 = 0,989 [2]

la part totale pour le sous-groupe 25-34 = 0,64 + (0,17 x 0,989) = 0,81 %

la part initiale d'hommes : 65 %, la part corrigée : 64 %

0,6266 + 0,356 = 0,983 [2]

la part totale pour le sous-groupe 35-44 = 1,73 + (0,81 x 0,983) = 2,53 %

la part initiale d'hommes : 67 %, la part corrigée : 66 %

0,638 + 0,333 = 0,9715*

la part totale pour le sous-groupe 45-54 = 4,84 + (2,53 x 0,9715) = 7,30 %

la part initiale d'hommes : 67 %, la part corrigée : 67 %]

0,622 + 0,315 = 0,937*

la part totale pour le sous-groupe 55-64 = 12,0 + (0,937 x 7,30) = 18,84 %

la part initiale d'hommes : 64 %, la part corrigée : 65 %

0,554 + 0,318 = 0,872*

/*la proportion de personnes de ce sous-groupe qui devraient survivre pour devenir des représentants standards du sous-groupe d'âge suivant/

Machine Translated by Google

la part totale pour le sous-groupe 65-74 = 21,74 + (0,872 x 18,84) = 38,17 %

la part initiale d'hommes : 62 %, la part corrigée : 63 %

0,443 + 0,290 = 0,733

la part totale pour le sous-groupe 75-84 = 27,66 + (0,733 x 38,17) = 55,64 %

la part initiale des hommes : 56 %, la part corrigée : 59,5 %

0,184+ 0,142 = 0,326

la part totale pour le sous-groupe 85+ = 31,22 + (0,326 x 55,64) = 49,36 %

la part initiale d'hommes : 42 %, la part corrigée : 48 %

Nous ne prenons pas ici en compte le facteur démographique et le fait que l'âge moyen pondéré d'une tranche d'âge le sous-groupe du groupe DIC est en outre abaissé de 0,25 an (donc au total -abaissé de 0,65 an), parce que le résultat brut pour la valeur X est si petit (= 0,20 an - veuillez vérifier la page suivante) donc ces facteurs ne pourrait augmenter ce résultat que de moins de 0,01 an, tout en nécessitant beaucoup plus de temps pour des calculs détaillés.

…Pour un homme de 85 ans et plus (pas seulement dans cette tranche d'âge, mais à l'âge moyen de celle-ci), il y a, en moyenne, environ 4,2 ans à risque d'être tué par une blessure mortelle [2]. En comparant les données assez générales [6] avec Injuryfacts nous pouvons voir que le DRI s'accélère encore, nous prenons donc subjectivement le DRI moyen pour les 4,2 années restantes à 500. L'impact approximatif des blessures que nous pouvons trouver après le calcul par la méthode simplifiée (dans cette méthode on facteur un peu surestime, cependant un autre contrecarre en sous-estimant le résultat si DRI est fortement croissante, donc par exemple dans le sous-groupe d'âge 75-84 – plus d'explications sur demande).

(1 - 0,005) ^ 4,2 = 0,995 ^ 4,2 = 0,9792 (la part des chanceux, pas de blessure mortelle)

…Cela signifie que plus tard, environ 2,08% d'entre eux devraient être perdus en raison de blessures. 2,08 % sur 49,36 % est 1,03 %. Mais quelles sont, en moyenne, les années perdues ? Nous prenons la moitié de LE supplémentaire = 4,2 x 0,5 = 2,1 (en moyenne). L'impact négatif préliminaire approximatif des blessures sur d'autres LE, nous pouvons le calculer de la manière suivante :

2,1 x 0,0208 x 0,4936 = 0,0216 (la valeur est si petite principalement à cause du très petit LE supplémentaire)

…Et maintenant le reste des sous-groupes d'âge :

le sous-groupe d'âge 75-85 :

DRI = 135,8 [après correction : 267,5*]

(1 - 0,00267)^(6,545 + 4,86) = 0,99733^11,4 = 0,970

6,6** × 0,03 × 0,5564 = 0,087

le sous-groupe d'âge 65-74 :

DRI = 72,2 [après correction : 103,6*]

(1 - 0,00104)^10 = 0,999^10 = 0,990

12,2^ x 0,01 x 0,339*** = 0,041

/*La correction est nécessaire car lors du passage de ce sous-groupe d'âge (avec le vieillissement) au sous-groupe d'âge voisin plus âgé, le DRI augmente./ [/^ -exponentiation/]

Machine Translated by Google

/**LEn (moyenne) à l'âge de 75-84 ans sous-groupe est de 9 ans, mais les personnes à l'âge du sous-groupe doivent être sous le processus de vieillissement et le sous-groupe d'âge suivant a LEn = 4,2, de sorte que le nombre d'années qu'une blessure mortelle réduirait en moyenne est d'environ 6,6. …LEn sont corrigés par les parts des sexes dans les sous-groupes DIC/

//***Les parts à cet endroit sont celles totales pour les sous-groupes DIC, mais ensuite réduites à ces personnes qui devraient également être en vie lorsque la moitié du processus de changement (avec le vieillissement) d'un sous-groupe d'âge inférieur en un sous-groupe plus âgé est terminée [2]. -Ça veut dire l'état moyen sur le chemin du processus./

le sous-groupe d'âge 55-64 ans

DRI = 81,8 [après la correction : 77]

(1 - 0,00077)^10 = 0,99923^10 = 0,992

19,10 x 0,008 x 0,1779= 0,027

le sous-groupe d'âge 45-54 :

IRR = 82,0

(1 - 0,00082)^10 = 0,99918^10 = 0,992

26,75 × 0,008 × 0,071 = 0,015

le sous-groupe d'âge 35-44 :

IRR = 84,6

(1 - 0,00085)^10 = 0,99915 ^10 = 0,991

35,45 × 0,009 × 0,0250 = 0,008

le sous-groupe des 25-34 ans

IRR = 84,6

(1 - 0,00085)^10 = 0,99915 ^10 = 0,991

44,80 x 0,009 x 0,0080 = 0,003

La somme des valeurs préliminaires = 0,204 an (avec une hypothèse supplémentaire de 0,001 pour le sous-groupe d'âge <25 ans). Le final la valeur récapitulative devrait en outre inclure les erreurs médicales ressemblant à des blessures et les séries géométriques infinies (il est expliqué dans la partie 1c), mais ensemble, ils ne donnent pas une augmentation qui permet de recevoir sensiblement plus de 0,25 au total (en raison de leur impact négligeable, les calculs ne sont pas présentés).

… La valeur totale arrondie de 12,95 (12,7 + 0,25) est celle avec l'hypothèse que les personnes tuées par Covid-19 étaient (juste avant d'être infectés) de la norme, pour leur structure d'âge, leur état de santé (et que pratiquement tous le groupe DIC ont été victimes du Covid-19). …La valeur ci-dessus aidera à recevoir un résultat approximatif mais pas le résultat final le plus précis de toute l'analyse. Si le résultat préliminaire s'avère faible, nous diviserons le groupe DIC en deux sous-groupes - un qui devrait également contenir tous les décès réels de Covid-19 et le second ne contenant que ceux qui sont décédés en 2020 en raison du "vieillissement", avec le premier sous-groupe d'une moyenne calculée/réduite l'âge des personnes décédées et donc d'une espérance de vie moyenne accrue.

……

Machine Translated by Google

Qu'en est-il du facteur état de santé ? La part des personnes sans maladie chronique majeure chute à son minimum à 75 ans, puis à 85 ans cette part est la même (sans plus baisser), selon les enquêtes canadiennes ; on peut supposer qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une maladie chronique pour mourir à un âge très avancé. /Il y a études [7,8] selon lesquelles les personnes qui n'abusent pas de l'alcool +ne fument pas +sont physiquement actives +mangent vivent en bonne santé en moyenne 9 à 10 ans de plus que la moyenne américaine, la majorité étant exempte de maladies chroniques, mais leur part est petite et décroissante ; un effet similaire a été signalé dans d'autres pays développés [9,10]./

… Le CDC a révisé le nombre moyen de conditions sous-jacentes à 4,0 pour 94 % avec conditions dans le groupe "décès impliquant Covid-19". Mais l'hétérogénéité est incluse dans différentes conditions d'observation signifie que le nombre réel doit être, en fait, encore plus élevé. Cependant, le petit % de sans condition dans le groupe 'décès liés au Covid-19' n'a rien d'extraordinaire (pour la structure par âge de ce groupe) en tenant compte de conditions telles que l'hypertension et l'obésité qui sont actuellement très courantes aux États-Unis [11,12,13] ; en particulier la prévalence de l'hypertension (pas encore sur la liste 2008-CCW, l'obésité non plus) est record chez les personnes âgées. De plus, en fait, les personnes atteintes de 0 maladie ont une espérance de vie, en moyenne, seulement de très peu plus gros que les personnes atteintes d'une maladie [14]. …Mais quel devrait être l'état moyen de la santé des personnes d'un sous-groupe de décès réels-Covid-19 (de l'ensemble du groupe DIC) soit, juste avant que ces personnes ne soient infectés, par rapport à un groupe social de même structure d'âge (quelle qu'elle soit) ? Le DIC groupe est vraiment énorme, de sorte que l'état de santé moyen (et si fortement corrélé avec lui le nombre de maladies chroniques conditions) ne devrait pas être sensiblement meilleure, mais elle devrait être pire (et le nombre de conditions significativement augmenté) en raison de la mise à mort plus facile par Covid-19 des plus faibles des personnes infectées ! … Si une personne a quelques conditions (de la liste 2008 Chronic Condition Warehouse), alors ce qui compte beaucoup pour l'espérance de vie, c'est que nombre de conditions, les principales causes de décès par maladies chroniques donnent des différences dans l'espérance de vie à l'âge 67, mais les différences diminuent considérablement avec la morbidité et/ou avec l'âge [14]. …Selon la directive britannique sur les données [15] l'augmentation brute en % chez les patients multimorbides est stable de l'âge > 55 ans jusqu'à < 85 ans (à 45-55 ans un peu plus lent ; plus lent à 85 ans et plus aussi). Un autre document, concernant les États-Unis, suggère la prévalence à la fois des affections 2-4 et 5+ (résumées) s'élevant de manière quasi linéaire à partir de celles formant un groupe à 50-64 ans à ceux formant un groupe à 75-84 ans [16]. Nous venons de calculer que le basé sur valeurs médianes (des sous-groupes d'âge de 10 ans dans une table de mortalité) concernant l'espérance de vie supplémentaire pour le groupe DIC est de 12,25 ans (et basé sur les âges uniques correspondant à ces médianes, si pour un sous-groupe d'âge, prenez cet âge, la valeur concernant l'âge moyen est de 76,75). Cependant avec une dispersion un âge inférieur ajoute plus qu'un âge supérieur prend de la moyenne (LE). Si pour vérifier cette valeur, à partir d'une table de mortalité [2], uniquement pour un célibataire de 76,75 ans (également ici en tenant compte des parts des sexes dans le groupe DIC) nous recevons 11,00 ans, donc la différence est perceptible (R1 = 11,00 /12,25 = 0,90). Le nombre moyen potentiellement augmenté, d'une valeur limitée, de 2008-CCW les conditions (3,75 contre 3,25, si 3,25 était la norme pour une personne statistique de 75 ans) auraient moins d'effet négatif sur l'espérance de vie supplémentaire d'avoir le même nombre initial puis le même nombre augmenté par tout le monde (les 3,25 et 3,75 théoriques, car pratiquement une personne peut avoir 3 ou 4 conditions), dans la proportion : 7,6 à 10,0 (R2) pour les 75 ans (les données sur la base du 'Tableau 1' et du 'Tableau 2' [14]) = 0,532 vs 0,70 an ; et 0,532/R1 = 0,591. Nous prenons finalement l'année 0,60 arrondie comme la valeur (D) par laquelle le nombre augmenté des conditions de 2008-CCW aurait son effet négatif moyen approximatif sur l'espérance de vie des personnes vraiment tuées par ceux du Covid-19. [La norme pour un groupe avec celle du groupe DIC est d'environ 3,5 ans, lorsque seul

Machine Translated by Google

pour les 75 ans est plus élevé, car les plus jeunes diminuent plus la moyenne que les plus âgés ne l'augmentent (veuillez également lire la discussion).]

/Le résultat est basé sur 21 conditions de la liste 2008-CCW donc décrit en fait l'impact négatif de l'augmentation de la moyenne nombre de conditions de> 3,25 à> 3,75 par> 0,5 (cela devrait être plus comme 0,7-0,8 car de nos jours on compte significativement plus de conditions de type CCW que celles qui figurent sur la liste 2008-CCW)./

S'il y avait une "valeur D", nous devrions calculer :

12.70 - D = ALE1

ALE1 + 0,25 x ALE1 /12,70 = ALE

/ALE – espérance de vie supplémentaire ajustée, en gardant la proportion de santé/

/0,25 est une valeur très faible, nous supposons donc ici que les blessures ont (à un âge très avancé) une proportion de la durée de vie impact négatif sur les attentes./

Le groupe 2020-DIC est énorme (= 363 milliers comme indiqué tout début janvier 2021 par le CDC), donc la santé statut des personnes bientôt tuées par le Covid-19 (juste avant qu'elles ne soient infectées), n'aurait pu être, en moyenne, que :

a) semblable à (la variante théorique)…ou

b) pire que celle du groupe de comparaison (la variante attendue)

/Le groupe de comparaison est le cluster de la société américaine avec la même structure par âge, comme le groupe DIC./

… Supposons (pendant un moment) que la valeur D est zéro (cela signifie que nous supposons, pendant un moment, l'état de santé de personnes bientôt tuées par le Covid-19 soit, en moyenne, identique à celle du groupe de comparaison), on prend donc la valeur de 12,70 + 0,25 = 12,95 ans pour l'analyse ultérieure. …Mais pourquoi, par exemple, pour l'âge de 76 ans encore une personne vivante devrait vivre, en moyenne, plus de 11 ans de plus (sans déduire encore les blessures) [2] ? Parce que certains les gens meurent étant (beaucoup) plus jeunes, et une personne âgée de 76 ans est celle qui a la chance de vivre encore. Ceux qui sont morts beaucoup plus jeunes abaissent la « durée de vie » moyenne et ceux qui sont encore en vie l'augmentent. La "durée de vie" moyenne et les « durées de vie sommaires moyennes attendues à un âge donné » ne sont égales qu'à la naissance.

c) Quelles sont les conclusions jusqu'à présent et quelles sont les prochaines étapes ?

-Si 100% des personnes du groupe officiel DIC (de décédées en 2020) étaient celles qui sont décédées en 2020 à cause du "vieillissement", c'est-à-dire s'il n'y avait pas de décès réels causés par Covid-19 dans ce groupe, l'âge moyen du décès dans ce groupe serait de 76,85 ans. …Le pire état de santé n'est pas à n'importe quel âge mais seulement fortement (avec l'âge) corrélée. Certaines personnes ont leur pire état de santé (mortel) à 85 ans ou plus alors qu'en même temps certaines les gens ont leur pire état de santé possible à 60 ans ou moins; il y a tout simplement beaucoup plus (en %) de personnes qui entrent dans leur état terminal à un âge plus jeune que ceux qui sont à un âge très avancé (c'est le résultat des caractéristiques individuelles d'une personne). Les vrais décès de Covid-19 ne peuvent que faire mourir les gens encore plus tôt / plus jeunes, indépendamment du fait que l'on mourrait autrement à 90 ou 55 ans.

-En même temps, si le Covid-19 a tué toutes les personnes du groupe officiel « décès impliquant le Covid-19 », alors cela signifierait que sans "l'intervention" du virus, tous devraient être encore en vie, pour la prochaine environ 12h95* ans en moyenne ! Cela signifierait également que chaque décès individuel lié à Covid-19 raccourcirait sa victime vie personnelle, en moyenne, d'environ 12,95 ans [*avec notre hypothèse temporaire de l'état de santé des personnes

Machine Translated by Google

bientôt tués par le Covid-19 (juste avant d'être infectés) pour être, en moyenne, identiques (très similaires) à celui du groupe de comparaison].

/Il est absurde de croire que le Covid-19, à des âges assez typiques pour les personnes qui meurent (= avec une structure par âge très similaire à la normale des morts) choisit d'infecter et de tuer les plus forts/les plus forts, qui autrement vivraient jusqu'à un âge moyen de 89 ans (!)

…ce qui signifie, en général, que Covid-19 est énormément moins capable de tuer (d'accélérer la mort de) personnes autrement censées vivre tant que la moyenne attendue (après élimination des causes de décès autres que le « vieillissement ») aux États-Unis est et que qui sont les plus faibles (= dont la durée de vie devrait être beaucoup plus courte que la moyenne aux États-Unis). …Veuillez lire aussi la partie Discussion./

-Les personnes du groupe DIC sont décédées à un âge moyen d'environ 76,10 ans et non de 76,85 ; pour calculer l'échappatoire nous pouvons même utiliser 76,08 et 76,86 (si l'AD initial est 74), pour recevoir 0,78 an. L'écart de 0,78 an est le plus probablement causé par les effets létaux du Covid-19.

…La contribution moyenne d'un seul décès individuel lié au Covid-19 à l'ampleur de cette lacune/écart est comme suit:

[12.95 - (AAADP - ADC)] x 1 /N

/'N' est la taille de l'ensemble du groupe = 363 000/

/ Si pratiquement tout le groupe 2020-DIC avait été tué par Covid-19, alors Covid-19 aurait raccourci la vie de ses victimes, en moyenne, d'environ 12,95 ans (dans notre variante avec l'état de santé standard), mais cela ne devrait pas être directement lié à l'âge moyen de décès au cours de l'année 2020 donnée dans le groupe CTIWCD (ADC), car il doit être lié à l'espérance et ajustée pour ce groupe (DIC) (en éliminant les causes de décès autres que le « vieillissement ») la « durée de vie » moyenne à tous les niveaux (AAADP), donc pas dans une année donnée. ADC est nettement inférieur à AAADP en raison de processus démographiques./

LEWIIfmS (utilisé ensuite) signifie espérance de vie à la naissance = 78,75 [2] mais ensuite sans les impacts négatifs des blessures et la mortalité infantile (calculée ci-dessous) et en outre diminuée de l'un des éléments plus augmentation par l'autre (les deux sont mineurs : 'f' et 'm'), et aussi corrigé à la fin en tenant compte les parts des sexes (= moins 0,25 an) -car il y avait 55% d'hommes dans le groupe DIC. LEWIIfmS est proche approximation de AAADP : …L'influence des blessures sur à la naissance LE :

1,0 x (78,75 + In) - Pn x LEn = 78,75

78,75 + In = 78,75 + Pn x LEn

In = Pn x LEn

/LEn - espérance de vie supplémentaire (moyenne) d'une victime potentielle si elle évite le décès, dû à tout type de blessure, à l'âge dans n-tranche d'âge/

/Pn - la proportion de personnes (parmi tous les nés) susceptibles de mourir des suites d'une blessure à l'âge de n-tranche d'âge/

Les résultats pour différents sous-groupes d'âge ne sont pas reçus de la même manière que pour la valeur X, car nous ne regardez ici du même point de vue - cette époque de personnes traversant des sous-groupes, depuis ses débuts

(veuillez consulter la page suivante)

Machine Translated by Google

<1 : 0,00041 x (78,75 - 0,5) = 0,032

1-4 : [1 - (1 - 0,000091*)^4] x 0,9938 x 76,2 = 0,028

5-14 : [1 - (1 - 0,000057)^10] x 0,9929 x 69,3 = 0,039

15-24 : [1 - (1 - 0,000528)^10] x 0,9898** x 59,5 = 0,310

25-34 : [1 - (1 - 0,000830)^10] x 0,9798 x 50,0 = 0,405

35-44 : [1 - (1 - 0,000846)^10] x 0,9643 x 40,8 = 0,332

45-54 : [1 - (1 - 0,000820)^10] x 0,9390 x 31,7 = 0,243

55-64 : [1 - (1 - 0,000818)^10] x 0,8845 x 23,3 = 0,168

65-74 : [1 - (1 - 0,000722)^10] x 0,7793 x 15,7 = 0,088

75-84 : [1 - (1 - 0,001360)^10] x 0,5813 x 9,1*** = 0,072

85+ : [1 - (1 - 0,003991)^6,5] x 0,1929 x 4,0 = 0,020

/*DRI; ** la part des personnes nées censées vivre encore à l'âge de cette tranche d'âge (la valeur pour son milieu) [2]/

/***espérance de vie supplémentaire (moyenne) d'une victime potentielle si elle évite le décès dû à une blessure (LEn)/

/^ -exponentiation/

La somme préliminaire des impacts négatifs des blessures sur le LE est : 1,737 année, avec des blessures supplémentaires évitables erreurs médicales, il devrait être d'environ 1,85 an.

La somme préliminaire des impacts négatifs des blessures sur LE est la somme préliminaire, telle qu'elle est imputée (comme LEn) les coupures de l'autre-LE actuel ; L'EV à la naissance suivante semble initialement augmentée d'environ 1,85 année, de sorte qu'elle signifie que les blessures devraient, en fait, couper un nombre d'années plus ou moins proportionnellement accru… mais cela augmenter à nouveau LE. Cela ressemble donc à une série géométrique (infinie). Et ainsi:

1,85 /78,75 = 0,02349

un /(1 - r) = 0,02349/(1 - 0,02349) = 0,0241

0,0241 x 78,75 = 1,90 (= le résultat final)

L'impact préliminaire de la mortalité infantile sur l'espérance de vie moyenne à la naissance, s'il existe déjà aucune blessure, est [2,4] :

0,0056 x (19,392 /20,921) x (78,75 + 1,90 - 0,5) = 0,005191 x 81,1 = 0,416

(donc l'impact final ne doit être supérieur que d'une micro-valeur)

/'x (19.392 /20.921)' - ne pas répéter les blessures

En regardant historiquement (les États-Unis) à la naissance, LE a atteint 70 ans en 1962, atteint 75 ans en 1989 et atteint le résultat aussi élevé que 78 ans déjà en 2007 [17]. Après 1960, la plus forte augmentation de LE s'est produite entre 1970 et 1980, elle est attribuée à la diminution de la mortalité cardiovasculaire et des maladies infectieuses, et à l'efficacité des programmes de prévention liés au tabagisme, à la consommation d'alcool et à la promotion d'activité physique [18 ; le CDC]. Cependant, les personnes décédées du groupe DIC avaient eu de la chance et aucune d'entre elles était décédé beaucoup plus tôt, donc pire dans le passé (car LE était plus petit mais en croissance) médical ou environnemental facteur (p. ex. maladie cardiovasculaire, infection, tabagisme) ne les a pas tués ! Mais on sait que, par exemple, même très passé fumer du tabac a un effet négatif réel, donc des facteurs environnementaux ou comportementaux pires ou pire

Machine Translated by Google

que les traitements médicaux réels, même s'ils ont été administrés à des personnes il y a de nombreuses années, devraient avoir au moins un effet limité/petit effet négatif sur la "durée de vie" totale attendue de la plupart des personnes âgées (et c'est la seule manière possible ces facteurs pourraient encore agir sur le groupe DIC). Nous prenons subjectivement l'influence de ce facteur ('f') comme -0,5 an (cela sera expliqué plus loin dans le texte). …Le deuxième élément supplémentaire ('m') est un équivalent de « risques manqués » (correspondant aux déficits pondéraux des sous-groupes d'âge inférieurs du groupe 2020-DIC, mais en excluant celle du sous-groupe d'âge 0-1 – mortalité infantile).

La révision préliminaire pour une tranche d'âge (Sn) serait (l'exemple pour le sous-groupe 25-34) :

1,0 x (LEWIIf + Sn) - (A - B) x 49,70* = LEWIIf

/A -part ajustée des personnes susceptibles de mourir dans le sous-groupe d'âge (sur la base d'une table de mortalité) ; B -ajusté par rapport à la part LE de personnes du sous-groupe d'âge DIC/

/*49,70 – espérance de vie moyenne pour ce sous-groupe d'âge, ajustée en fonction des parts de sexe dans le sous-groupe DIC/

…La valeur récapitulative attendue est très petite, tandis que la réception des valeurs 'A' et 'B' pour tous les sous-groupes est compliquée et chronophage, alors faisons-le beaucoup plus facilement -la valeur de : 76,68 (l'âge moyen du décès, dans l'année, avec exclusion des événements traumatiques et de la mortalité infantile) correspond à LEWIIf qui est : 78,75 + 1,90 + 0,42 - 0,5 = 80,57, … donc la valeur de : 77,10 … devrait correspondre à environ : 80,57 x (77,10 /76,68) = 81,01, …et 81,01 - 80,57 = 0,44 ; …donc 'm' est d'environ +0,44.

…Ainsi, nous pouvons estimer la contribution moyenne* d'un seul véritable décès de Covid-19 à l'écart de 0,78 an* :

[12,95 - (LEWIIfmS - 76,85)] x 1 /N = [12,95 - (80,75 - 76,85)] x 1 /N = 9,05 x 1 /N

/* préliminaire

La contribution totale des décès de Covid-19 à la taille de l'écart ne peut pas être supérieure à l'écart. Comptons.

C x 9,05 /N = 0,78

/'C' est le nombre de décès réels/authentiques liés au Covid-19, en milliers/

C = 0,78 × (N /9,05) = 31,29

C/N = 0,78 /9,05 = 0,0862 (= 8,62 %)

/'C/N' - la part des décès réels liés au Covid-19 dans le groupe "décès impliquant le Covid-19" aux États-Unis/

/Si le premier des éléments supplémentaires ('f'), ce qui est difficile à évaluer rapidement avec précision (pour évaluer avec précision+ il faut une analyse longue distincte), s'avère être plus que prévu seulement -0,5 effet d'année, alors le résultat final en % ne pourrait que baisser, mais pas beaucoup, quitte à augmenter énormément la déduction jusqu'à -0,5 an de plus. En partie de manière plus détaillée :

{12,95 - [78,75 + 2,32 - 0,5 - 0,5 + (80,07 x 77,10 /76,68 - 80,07) - 0,25 - 76,86} x 1 /N = 9,55 x 1 /N

C = 0,78 x (N /9,55) = 29,65

C/N = 0,0817 (= 8,17 %)

……

Mais quel serait le résultat préliminaire si l'état de santé des personnes tuées par le Covid-19 (peu avant a été infecté) était, en moyenne, pire (et donc le nombre moyen de conditions était plus grand) que celui de le groupe comparatif ? Si le nombre moyen de conditions (de la liste 2008-CCW) était supérieur de 0,5 (veuillez aller retour et lire à ce sujet 4 pages plus tôt) alors, selon notre exemple, l'ALE ne serait pas de 12,95 mais inférieur.

Machine Translated by Google

12,70 - 0,60 = 12,10 = ALE1

12,10 + 0,25 x 12,10 /12,70 = 12,34 = ALE

Cependant, LEWIIfmS doit également être ajusté à la baisse, pour s'adapter à la proportion de santé (R3):
(76,08 + 12,10 + 0,25 x 12,10/12,70) /(76,08 + 12,70 + 0,25) = 88,44 /89,05 = 0,9932 (R3) -en multipliant :
'x 0,9932', …80,75 x 0,9932 = 80,20

Pour être plus précis, nous ne devrions pas non plus supposer que les blessures ont un effet parfaitement proportionnel à l'espérance de vie. impact négatif, cependant une telle hypothèse ne peut pas vraiment influencer sensiblement le résultat avec l'impact total de blessures seulement 1,90 an et en même temps R3 aussi élevé que 0,993, donc ce 1,90 étant modifié par une mini-valeur.
… Traiter séparément une si petite valeur comme 'f' n'a également que très peu de sens car cela pourrait aider à éviter une inexactitude un couple ou quelques fois moins de 0,01 an.

[12,34 - (80,20 - 76,85)] x 1 /N = 8,99 x 1 /N

C = 0,78 × (N /8,99) = 31,49

C/N = 0,0868 (au lieu de 0,0862)

…Ainsi, le résultat semble plus élevé, mais avec une différence négligeable entre ce résultat et le précédent.

Mais que se passerait-il si seulement un % limité du groupe (disons 10 %) avait énormément augmenté son nombre moyen de conditions (ANC), par exemple par 5 des 2008-CCW pour dépasser 8, en moyenne, dans ce sous-groupe, et si l'on inclut l'ensemble liste de conditions pour dépasser significativement 10 en moyenne ; y aurait-il un grand changement à la 'valeur D' avec supposé l'augmentation beaucoup plus faible (de 0,5 de ceux de 2008-CCW ici) mais dispersée dans pratiquement tout le groupe ? Pas du tout. On peut estimer avec les tableaux [14] pour voir que la 'valeur D' serait plus élevée, mais légèrement, avec un rapport important inférieur à 1,1 pour 1,0.
……
Ainsi, le groupe 2020-DIC est basé sur une fiction en incorporant dans ce groupe de nombreuses personnes dont la mort n'avait rien ou peu à voir avec Covid-19. Ce groupe a été formé en sélectionnant parmi la société, dans un vaste majorité, des personnes qui étaient déjà en train de mourir et qui mourraient dans le même temps ou à peu près au même moment même sans Covid-19. Pourquoi? Parce que s'ils n'étaient pas déjà sur le point de mourir (= non choisis parmi déjà 'mourants'), alors la probabilité pour un homme statistique de mourir dans la même année est très faible, par exemple seulement 1,5 % (= 3,0 /2) pour une personne statistique de 75 ans [2], et il n'est pas possible que le Covid-19 ait tué en 2020 des titans qui vivraient autrement, en moyenne, 89 ans (et mourraient donc 13 ans plus tard), alors que l'âge moyen d'une personne étant dans son pire état de santé possible (terminal) (avec exclusion des décès dus à des blessures et mortalité infantile) avait moins de 77 ans en 2020 aux États-Unis, alors que le Covid-19 devrait être un accélérateur de décès.
… Et s'il y avait des personnes déjà dans un « état mourant » dont la vie a été vraiment raccourcie par Covid-19 de quelques semaines (ce qui, pour un observateur, revient souvent plus à deviner) puis à les compter comme victimes du Covid-19 était une grosse erreur aussi, car alors nous pourrions également affirmer que, par exemple, 90 à 100 % des personnes meurent aux États-Unis à cause de regarder la télévision, comme si les gens ne regardaient pas la télévision, ils feraient probablement beaucoup de promenades et d'exercices plus souvent, serait un peu plus fort et vivrait donc, en moyenne, quelques semaines (ou peut-être même des mois) de plus.

Machine Translated by Google

[Ni regarder la télévision ni Covid-19 ne sont des déclencheurs de ces décès.] … Cependant, nous ne savons toujours pas le résultat final précis (le résultat préliminaire est une approximation). La suite est expliquée dans la partie 2.

Partie 2

Combien de membres du groupe officiel américain DIC auraient pu voir leur date de décès accélérée - la prochaine étape

a) Nous savons déjà que la part des véritables décès de Covid-19 dans le groupe officiel 2020-DIC est faible. Donc ceux* qui n'étaient pas de vraies victimes du Covid-19 auraient dû former un sous-groupe majeur avec, les mêmes (près de identiques), en moyenne, un âge (76,85) et un état de santé (mortel/pré-mortel) comme ceux du groupe CTIWCD, parce qu'ils(*) faisaient simplement partie de ceux qui sont décédés en 2020 en raison de causes préexistantes (pas de Covid-19) (= "vieillissement"); seuls ceux réellement tués par le Covid-19 autrement ne seraient pas morts alors, mais dans le futur ! …Cela signifie que, pour recevoir un résultat plus précis, nous ne devons pas supposer que le groupe DIC est un groupe avec un âge décent moyen d'un peu moins de 76,10 et que d'autres LE pour tués par Covid-19 correspondaient avec cette valeur, mais nous devrions diviser le groupe DIC en deux sous-groupes (un contenant également tous les vrais Covid-19 décès et un avec des décès purement/uniquement non liés au Covid-19), avec un âge moyen des personnes décédées différent. Donc, si pour séparer par exemple seulement 20% du groupe DIC (et tous les vrais décès de Covid-19 devraient être dans ce sous-groupe), alors le reste du groupe DIC doit avoir l'âge moyen d'un ADC égal décédé et donc l'âge moyen de le décès dans le premier des sous-groupes ne devrait être que : ADcs = (76,10 - 0,80 x ADC) /0,2, "l'échappatoire" pour cela sous-groupe : ADC - [(76,10 - 0,80 x ADC) /0,2], et en outre LE doit être plus élevé (à mesure que l'âge moyen diminue). Quel sera le résultat ? La séparation des sous-groupes augmentera-t-elle ou diminuera-t-elle le résultat préliminaire ? Vérifions. L'âge moyen dans le sous-groupe contenant également de vrais décès de Covid-19 (ADcs) serait (/avec plus de détails) :

ADcs = (76,08 - 0,8 x ADC) /0,2 = 380,4 - 4 x 76,86 = 72,96

b + c) Si pour supposer seulement 20% du groupe DIC ayant son âge moyen au décès inférieur à 76,86 (pour augmenter 'l'échappatoire' dans le sous-groupe), 'l'échappatoire' pour le sous-groupe s'élève à : 76,86 - 72,96 = 3,90 ans. …Nous devons recalculer également LE supplémentaire car il doit être maintenant plus grand. A partir d'une table de mortalité [2] et en tenant compte les parts des sexes nous obtenons le résultat pour l'âge 72,95 = 6,943 + 6,550 = 13,493. Pourtant on sait déjà qu'avec une dispersion par âge, le résultat concernant l'EL supplémentaire, s'il est calculé uniquement pour un âge moyen, est important inférieur à la valeur réelle, lorsqu'un âge moyen est avancé (sinon ce facteur est d'une importance). Le rapport précédent des résultats (R1) est de 0,90. Cette fois, l'âge moyen est inférieur lorsque le ratio croît lentement avec la baisse de l'âge moyen; la différence entre les âges moyens (76,75 vs 72,95) est très limité donc nous prenons simplement R1 à 0,91 (une confirmation si cette valeur est parfaite que nous laissons aux volontaires, mais il y a peu de chances de dépasser 0,91). Pour le calculer, il faut d'abord augmenter les parts des sous-groupes d'âge de la tranche d'âge 0-84 ans, cela peut se faire en recalculant les parts initiales de la manière : Sn x 76,08 /72,96 ; le partage de le sous-groupe d'âge ouvert 85+ diminue et son âge moyen diminue un peu aussi - jusqu'au moment où il laisse recevoir le âge moyen de l'ensemble du groupe d'environ 72,96 ans.

13,49 /0,91 = 14,83 ; …14,83 + 'valeur X'(≥0,25) = 15,10 (plus LE)

Machine Translated by Google

Pour que 'f' précédemment supposé soit -0,5 an, il devrait maintenant être limité par une mini-valeur pour un âge moyen d'environ 72,95 (pas d'environ 76,10), mais comme il devrait s'agir d'une valeur un peu inférieure à 0,05 an (/il prend en compte à la fois les capacités de régénération liées à l'âge et les années qu'une personne a vécues à des époques de LE/) nettement plus petites que nous ne donnons pas beaucoup de notre temps pour cela, mais juste augmenter délicatement LEWIIfmS de 80,75 à 80,80 (en prenant aussi en tenant compte du fait que le 'f' un peu changé oblige aussi le 'm' à changer - ce qui doit être augmenté d'un peu sous +0.0025-année).

[15.10 - (LEWIIfmS - 76.85)] x 1 /Ns = [15.10 - (80.80 - 76.85)] x 1 /Ns = 11.15 x 1 /Ns

C x 11,15 /(N x 0,2) = 3,90

C = 3,90 × (N × 0,2) /11,15 = 25,39

C/N = 0,0700 = 7,0 %

/'Ns' - la taille du sous-groupe ; Ns = 0,2 x N/

…et nous recevons le résultat pour l'ensemble du groupe DIC non pas 8,6% mais encore un peu inférieur = avec séparation des sous-groupes le résultat ne monte pas mais baisse un peu. Nous pouvons donc voir que le résultat final ne peut même pas être de 8,6 %, mais devrait être légèrement inférieur à 6 % (puisque nous devons encore limiter le sous-groupe de 20 % à un sous-groupe encore plus petit et calculer le résultat une fois de plus); auparavant, nous avons limité le groupe initial à 80 % et ensuite, nous devons limiter le sous-groupe à 20 % d'environ 70 %.

Ainsi, si l'état de santé des personnes rapidement tuées par le Covid-19 était (juste avant qu'elles ne soient infectées), en moyenne, identique à celui du groupe de comparaison, alors seulement environ 6% (égal 22 milliers ici), de ceux de l'officiel Le groupe DIC est mort de la complicité de Covid-19 et tous les autres étaient déjà en train de mourir (étaient sur leur parcours irrévocable à la mort très prochaine) et serait mort dans le même temps, ou très proche de l'identique, de toute façon, également sans l'infection, car leur décès résultait de la structure d'âge normale des décès aux États-Unis État et de causes/conditions déjà existantes avant le Covid-19, créant l'âge moyen réel de décès en 2020. [Il est cependant possible (conditionnellement) que certains des autres (du sous-groupe majeur) soient décédés accélérée de quelques jours ou semaines (de mois moins probablement*)]

/*En fait, un nombre de décès plus que très légèrement accélérés, mais inférieurs à 1 an, devait être très faible car mourant (ou un état terminal) à partir d'un moment statistiquement donné ne dure généralement pas aussi longtemps que quelques mois de plus et Covid-19 devait commencer à accompagner presque exclusivement des personnes (du sous-groupe < 95 %) déjà mourantes (de mort imminente absolument sûre). Il devait en être ainsi parce que, dans la société américaine, le risque général de mourir au cours d'une année en cours est très faible, c'est-à-dire qu'il n'est que de 1,5 % si une personne a 75 ans, que peut-on voir dans une table de mortalité [2] (tout le monde n'est pas né le 1er janvier comme le suppose une table de mortalité, il faut donc prendre une période de 0,5 an, et donc le risque est de 1,5 % au lieu de 3,0 %). Cela signifie que dans la société américaine, il y a très quelques-uns (de ceux qui ne sont pas déjà en train de mourir) dont la vie ne peut être écourtée (par une nouvelle maladie) que de quelques mois et ainsi leur les décès antérieurs peuvent être cachés dans les statistiques annuelles (= et donc ne pas être déjà inclus dans notre résultat « 6 % » ; … mais en fait il pourrait ne pas donner plus que le complément : 0,015 x 0,06 /(1 - 0,015) = 0,00091, donc le résultat final serait corrigé d'environ 0,1 % ... bien sûr, une meilleure sous-analyse devrait être faite, basée sur la structure par âge, sans supposer que tout le monde a 75 ans, si quelqu'un est intéressé par une estimation très précise de cette mini-valeur supplémentaire)./

Cependant, si l'état de santé du groupe DIC était, en moyenne, pire que celui du groupe de comparaison, le résultat final n'augmenterait que d'une petite valeur (ce qui est présenté quelques pages plus tôt)

Machine Translated by Google

… à moins que le nombre moyen de maladies chroniques ne soit de beaucoup supérieur à ce qu'il est très probablement était en 2020 (dans le groupe DIC).

……

Les résultats positifs des tests contre Covid-19 (ou la maladie symptomatique) ont dû se produire un peu plus souvent (en %) chez les hommes que chez les femmes. Jetez juste un coup d'oeil :

$$0,1 \times M + 0,9 \times 50 = 55$$

Si les 55% mentionnés n'étaient le résultat que de véritables décès de Covid-19 (et ne concernaient pas l'ensemble du DIC groupe) alors dans un sous-groupe sélectionné de 10% avec de vrais décès de Covid-19, il devrait y avoir 100% d'hommes. On ne peut même pas supposer que parmi les personnes infectées, la part des hommes était par exemple de 53 % (un peu moins de 55 %). comme dans un sous-groupe sélectionné de 10%, il devrait y avoir 73% d'hommes = encore trop élevé pour supposer qu'il y en a supposition rationnelle.

/On peut ajouter que l'âge moyen sur 10 ans (2009 - 2019) des supposées victimes de la grippe (les « tableaux de la grippe CDC ») est de 4 ans inférieure à celle du groupe DIC !/

……

Et maintenant, nous revenons à notre groupe CTIWCD pour l'expliquer plus en détail, comme cela a été mentionné dans la partie 1a. En un an, il y a des personnes qui meurent de causes naturelles (= "vieillissement") et donc, en 2019, par exemple pour 25 personnes qui sont décédées entre 65 et 75 ans en raison du "vieillissement", il y avait 6 personnes qui sont décédées entre 45 et 55 ans ; tous, quel que soit leur âge, juste avant étaient dans leur état terminal (= avec le pire état de santé possible), donc un mourant de 75 ans n'était pas en meilleure santé/plus fort qu'un mourant de 55 ans. … Les vrais morts de Covid-19 doivent former un groupe étant un dérivé direct du groupe CTIWCD, ce qui signifie que le groupe DIC (s'il est statistiquement important) doit être formé de sous-groupes d'âge avec des parts plus importantes que celles du groupe CTIWCD, mais jamais une part des derniers et ouvrez la plage récapitulative 85+ car elle devrait toujours être plus petite, bien sûr, car la somme des actions est toujours de 100%. Regardons le record déjà connu :

$$[LEa - (LEWIIfmS - ADC)] \times 1 /Ns$$

Le groupe CTIWCD avec zéro décès réel de Covid-19 devait avoir l'âge moyen d'un défunt = 76,75 ans (ADC), mais chaque vrai décès Covid-19, remplaçant un décès non-Covid-19 dans un sous-groupe composé de Ns personnes, a diminué l'âge moyen d'une personne décédée dans ce sous-groupe de : [LEa - (LEWIIfmS - 76,75)] /Ns (en moyenne). [LEa signifie espérance de vie supplémentaire.]

… À propos de la construction CTIWCD - le groupe DIC a été initialement ajusté à la valeur d'âge supérieure = '75,95 plus la somme des révisions finales elle-même » ; le groupe 2020-DIC a réduit les parts des sous-groupes d'âge inférieurs (veuillez revenir en arrière au tableau de la page 5), les différences relatives étant les plus importantes dans les sous-groupes inférieurs. Parce que le groupe DIC est énorme, de telles différences doivent être principalement le résultat de raisons structurelles (et non accidentelles). On pourrait se demander : pourquoi nous ne peut pas supposer que l'âge moyen dans le groupe CTIWCD est délibérément plus élevé et donc qu'il augmente le % calculé de véritables décès de Covid-19 dans le groupe DIC ? La réponse est : parce qu'il n'y a plus qu'un seul facteur qui peut potentiellement entraîner une augmentation non proche de zéro de l'âge moyen du groupe CTIWCD. Ce facteur est le taux de maladie des groupes d'âge de Covid-19 dans la société américaine. Nous devrions donc savoir quelle est sa structure par âge serait si dans un groupe il n'y avait que ceux qui sont morts dans l'année donnée naturellement en raison du "vieillissement" mais qui étaient en outre testé positif au Covid-19 ou présentait des symptômes du Covid-19 (mais n'ont pas été tués par le Covid-19), y aurait-il un changement? S'il y avait relativement moins de personnes dans les sous-groupes d'âge plus jeunes, l'âge moyen

Machine Translated by Google

(du CTIWCD) augmenterait, mais s'il y avait relativement moins de personnes dans les sous-groupes plus âgés, alors la moyenne l'âge diminuerait. … Après la fin de 2020, il s'est avéré que les taux d'infection et les taux de maladies symptomatiques n'augmente pas, mais diminue avec l'âge (à l'exception des enfants et des adolescents) [19] !

Chez les enfants et les adolescents (âgés de 0 à un peu moins de 18 ans), les taux d'infection et les taux de maladie symptomatique étaient beaucoup plus bas aussi; cela devrait aider à expliquer que les déficits relatifs d'actions les plus élevés soient dans les plus faibles sous-groupes du groupe 2020-DIC, car seules et potentiellement certaines des anomalies congénitales (décès) ne pourraient pas ont entraîné de gros déficits. Ainsi, les sous-groupes d'âge plus jeunes de la tranche d'âge 18++, également (mais moins) les 50-64 ans sous-groupe d'âge, se caractérisaient par des taux considérablement plus élevés, par rapport au sous-groupe d'âge de 65 ans et plus et par rapport aux enfants et aux adolescents [19]. La raison la plus importante semble être un ACE2 plus élevé niveaux d'expression des récepteurs chez les jeunes adultes (âgés de 20 à 60 ans) [20]. Expression du gène ACE2 dépendante de l'âge dans l'épithélium nasal était la plus faible chez les enfants (jusqu'à 10 ans), la plus élevée chez les adolescents et le plus élevé chez les adultes de 25 à 60 ans [21] ; entrer dans un âge avancé et continuer à vieillir était associé avec une baisse des niveaux d'expression de l'ACE2 dans plusieurs tissus [22].

…Pour ceux qui sont déjà en phase terminale, la différence de taux de maladie entre les adultes jeunes et âgés devrait diminuer (toute différence d'activité sociale diminue alors fortement, mais en même temps la différence d'état de santé moyen entre par exemple un homme de 55 ans et un homme de 80 ans fortement diminue aussi, car la différence habituelle ne concerne pas du tout ceux qui sont en phase terminale), mais ce ne serait pas possible de renverser la situation.

…Ainsi, il ne faut pas considérer l'âge moyen de 2020-CTIWCD comme encore plus élevé, car il n'est pas possible présenter que les facteurs des taux d'infection et des taux de maladie symptomatique auraient pu donner une plus grande augmentation effet que ce petit déjà incorporé, qui est dans le groupe DIC le plus et nettement vu sous forme de déficits pondéraux relatifs des sous-groupes d'âge contenant des enfants et des adolescents.

La "boucle intrinsèque"

Certains patients atteints d'autres maladies ne reçoivent pas d'aide immédiate parce que l'accès au traitement pour les maladies qui contribuent le plus aux décès (cardiologie, oncologie et maladies pulmonaires) s'est aggravée avec la pandémie. Certaines cliniques hospitalières ont même été fermées en raison d'épidémies révélées de Covid-19; une partie de les chirurgies non urgentes ont été suspendues. Certaines personnes ont eu peur d'aller chez un spécialiste ou à l'hôpital par crainte d'y être infecté par le Covid-19 (panique). Couvrant le visage avec un masque permet la création d'une concentration dangereuse de micro-organismes et d'un utilisateur de masque statistique ne le changez probablement pas assez souvent pour limiter ce problème ; de plus, les masques diminuent l'O2- et augmentent CO2- concentrations en dessous. Rester à la maison signifie une activité physique limitée, ce qui est négatif pour l'ensemble santé. Le rôle de ces facteurs devrait s'accroître avec le temps et ils pourraient devenir la principale raison d'une augmentation (sur un an) du nombre de décès et donc d'une diminution de l'âge moyen au décès en un an (AD). Si ces facteurs avaient déjà un effet notable en 2020 (= tôt), ils réduiraient légèrement ADC et le résultat final de l'ensemble de l'analyse. [/Ces facteurs ne sont pas pris en compte dans notre analyse pour 2020.]

Machine Translated by Google

Grippe et pneumonie

Le nombre de cas mortels signalés par la grippe, même jusqu'à 90%, a diminué dans le monde en 2020. Ce fait était déjà visible au tout début de la pandémie [23]. Peut-être qu'un certain nombre de cas de grippe ont été traités comme Covid-19 cette année-là en raison de la fiabilité limitée des tests, ou peut-être y a-t-il une autre explication.
Un comptage conjoint comparatif des cas mortels de Covid-19, de grippe et de pneumonie sans Covid-19 est nécessaire parce qu'en regardant les données du CDC: "Décès impliquant une maladie à coronavirus", nous pouvons voir que pratiquement tous les cas de « décès impliquant le Covid-19 et la pneumonie » sont en outre déclarés être des victimes mortelles du Covid-19.
Aussi, au Royaume-Uni lorsque la grippe, la pneumonie et le Covid-19 figuraient sur un certificat médical Cause de décès (MCCD) ensemble, sans post-mortem, alors près de 96% de ces décès ont été comptés comme des décès de Covid-19, selon l'analyse [24].

Discussion

Aux États-Unis, 77 %, plus de 62 %, environ 48 %, 34 %, 23 % et 15 % des personnes âgées de 67 ans et plus ont respectivement 2 +, 3 +, 4 +, 5+, 6+ et sept conditions ou plus de la liste 2008-CCW, et seulement 2,3 % en ont dix ou plus [14] ;
mais la prévalence des maladies chroniques 2+, 3+ et 4+ (pas entièrement de 2008-CCW mais les proportions clés pour les personnes âgées 65+ : 4+ vs 3+ vs 2+ sont assez similaires) est d'environ : 2,4 fois, cinq fois et près de dix fois, respectivement, plus élevé à 65 ans et plus qu'à 20-44 ans ; en même temps, en comparant à un groupe de 45-64 ans de âge, cette prévalence est respectivement environ 1,3, 1,6 et 2,1 fois supérieure au-delà de 65 ans [25].
Quelques infos utiles ajoute l'étude de rand.org : « Multiple Chronic Conditions in the United States » également [26].
Le nombre de maladies chroniques et l'espérance de vie sont fortement corrélés ; le nombre moyen de maladies chroniques les conditions devraient être ≥ 10,0 (!) de celles de 2008-CCW (ce qui signifie au moins 15 de Conditions de type CCW, par exemple uniquement sur la liste CCW, leur nombre est passé de 21 en 2008 à 28 actuellement) diminuer l'espérance de vie à un peu moins de 80 ans pour une Américaine de 75 ans encore en vie, ce qui signifie raccourcir la durée de vie restante à un peu moins de cinq ans ; en même temps une femme de 75 ans avec « seulement » 5,0 les conditions chroniques (de celles de 2008-CCW) devraient vivre, en moyenne, jusqu'à un peu plus de 87 ans [14], soit <1 an plus courte que la moyenne pour une femme de 75 ans aux États-Unis La baisse marginale de l'espérance de vie augmente avec une affection chronique supplémentaire lorsque le nombre d'affections est faible, mais ce déclin commence par une faible valeurs - les premières conditions se résument à un effet beaucoup moins important sur l'espérance de vie que les conditions suivantes ; au même fois les principales causes de décès par maladies chroniques donnent des différences dans l'espérance de vie à 67 ans, mais les différences diminuent considérablement avec la morbidité et/ou avec l'âge [14] La relation claire entre le nombre de comorbidités et l'espérance de vie a également été découverte par d'autres auteurs [27].
…En ce qui concerne les différentes maladies chroniques potentiellement mortelles, une grande majorité d'entre elles ont un âge moyen avancé d'un défunt; cet âge est considérablement inférieur uniquement en raison du très petit nombre de conditions : VIH (<60 ans), tumeur maligne du col de l'utérus (-60 ans), obésité et maladies chroniques du foie (>60 ans) [4-p.39-40]. Et qu'en est-il du Covid-19 - on dit qu'il peut même provoquer des accidents vasculaires cérébraux aigus et des infarctus aigus du myocarde lui-même [par exemple 28,29]. Cependant, le fait concernant le groupe DIC est que le nombre moyen de maladies chroniques n'est pas visiblement (ou est sans importance) augmenté et est très-beaucoup trop faible pour permettre le facteur de l'état de santé pour augmenter significativement le résultat final de l'analyse.

Machine Translated by Google

… En 2020, il suffisait très souvent de n'avoir qu'un résultat positif au test PCR 1 à 2 mois avant le décès devenir une victime officielle du Covid-19 ; c'était hautement irrationnel. Mais n'incluant que ceux des mourants qui ont les symptômes appropriés de l'infection - ne changeraient pas grand-chose. Si une personne meurt avec Covid-19, ce n'est pas signifier mécaniquement que Covid-19 le tue. En supposant à l'avance qu'une personne est victime du Covid-19 uniquement parce qu'il est mort avec le Covid-19 (ou seulement avec un résultat de test PCR positif, qui peut être un faux positif) est presque aussi inutile que de dire que si quelqu'un portant des lunettes meurt, alors porter des lunettes l'a tué [ce ne serait pas complètement correct même avec la variole, une telle hypothèse ne serait correcte que si les gens étaient immortels à moins d'être infectés avec le Covid-19].

…Les gens, même à un âge avancé, comme à 75 ans, ont en moyenne une « force de vie » considérable qui leur permet qu'ils vivent encore plus de 12 ans (en moyenne) [2]. Mais le Covid-19 a commencé à accompagner aussi les personnes totalement effondré « force de vie » qui étaient déjà en train de mourir. Leur état de santé encore plus tôt s'est déjà effondré et leur système immunitaire aussi, donc ils ont été beaucoup plus facilement infectés et ont à peine combattu les infections. Ils ont formé un grand nombre de victimes irréelles du Covid-19. …Les défunts du groupe 2020-DIC, avec ses la structure par âge et l'augmentation non notable (ou sans importance) par rapport au groupe de comparaison, nombre moyen de conditions, aurait dû être dans environ 94% ceux qui étaient déjà dans leur état terminal lorsqu'il est infecté (ou même seulement avec un résultat de test PCR faussement positif).

[En dehors de cette analyse, même le seul nombre de maladies chroniques confirme fortement le résultat ci-dessus ; si pour toutes les personnes du groupe 2020-DIC ce n'était pas leur heure naturelle de mourir, alors le Covid-19 aurait dû activement raccourci leur vie. Par exemple, à 75 ans, un groupe de personnes de 75 ans encore en vie avec certaines conditions (= norme d'âge/nombre normal), qui autrement vivrait, en moyenne, 13 ans de plus est considérablement plus difficile (en moyenne) d'être tué par une infection qu'un groupe de 75 ans beaucoup plus faibles avec plus de 10 ou avec plus de 15 conditions, qui (ceux avec> 15) vivraient autrement <5 ans de plus. Donc, pour une statistique grand groupe de victimes pour la plupart réelles de l'infection, il devrait y avoir une augmentation considérablement (par rapport au groupe de comparaison) nombre moyen de conditions (/alors que toute augmentation est à peine visible dans le groupe officiel "décès liés au coronavirus" -DIC) ! Et ce qui concerne un groupe statistiquement important de faux victimes de l'infection - il devrait également avoir un âge moyen similaire d'un défunt à ceux qui meurent naturellement la même année en raison du «vieillissement» (après ajustement par les taux d'infection et les taux de maladies symptomatiques, et par les parts des sexes), et le groupe officiel DIC est même assez proche de celui avec l'âge moyen d'un défunt étant pas beaucoup plus bas.]

…Comme cela a été mentionné, il aurait pu/aurait dû y avoir (dans le groupe DIC) aussi certaines personnes, avant d'être infecté, déjà en phase terminale et dont la vie a ensuite été vraiment écourtée par le Covid-19 de quelques semaines, cependant, supposer leur nombre revient à deviner et est difficile à prouver sans autopsie. Les compter comme victimes de Covid-19 serait à notre avis une erreur majeure aussi parce que Covid-19 n'aurait pas pu être tout déclencheur pour que les décès se produisent [et il y a une différence extrême si une personne vivrait autrement pour les prochaines années (un assez bon nombre d'entre elles) ou pour les prochaines semaines] ; à part que ces morts généralement (dans une grande majorité) devrait être invisible du point de vue des statistiques annuelles (/après un an de plus - environ aucune ne serait visible par rapport à 2019, si le nombre de victimes en 2021 était similaire à celui de 2020). Nous devrions rappelez-vous également qu'un état terminal n'apporte guère de confort de vie, alors qu'il provoque généralement beaucoup de douleur.

Machine Translated by Google

conclusion

a) L'analyse "ex post" est nécessaire pour découvrir le nombre réel de décès dus au Covid-19.

b) Le nombre officiel de "décès Covid-19" est principalement le résultat du double comptage de ceux qui mourraient que ce soit dans le même temps (ou très proche du même temps), également sans l'infection, où Covid-19 a commencé pour accompagner des personnes déjà en « état mourant » ou même là où il n'y a pas eu d'infection mais seulement un résultat de test PCR positif. Ainsi, aux États-Unis en 2020, il n'y a pas eu 363 000 vrais "décès impliquant Covid-19" mais seulement jusqu'à 25 000 de cela. Le reste des décès devrait à notre avis être traité comme attribué à tort au Covid-19.

c) Un nombre très limité de décès excessifs (d'une année sur l'autre) peut être dû au Covid-19. Raisons principales des décès excessifs devraient très probablement être :

-'morts de désespoir'

-la dégradation de l'accès aux traitements pour les maladies autres que le Covid-19

-certains patients ont peur d'aller chez un spécialiste ou à l'hôpital (panique).

d) Un comptage conjoint comparatif des cas mortels Covid-19 + grippe + pneumonie sans Covid-19 est assez nécessaire.

e) Le Covid-19 (compte tenu de la très forte disparition simultanée de la grippe) n'aurait pas pu faire lui-même une augmentation nette significative du nombre de décès. Avec la disparition du Covid-19 très probablement la grippe devrait se rétablir.

f) L'analyse pour l'année 2020 est des plus informatives ; les analyses ultérieures devraient intégrer des effets négatifs plus importants de la "boucle intrinsèque", mais potentiellement aussi des vaccins et des mutations du Covid-19 -si forcé par les vaccins.

g) Si les décès de ceux du groupe officiel 2020-DIC n'avaient, en grande majorité (environ 94%), rien à voir avec le Covid-19 (du fait d'hypothèses mécaniques totalement irrationnelles) ou le Covid-19 aurait pu s'accélérer une partie de ces décès(*) d'ici quelques semaines - les vaccinations ne pourraient jamais être efficaces pour ceux de cette grande majorité.

Conflit d'intérêt

Il n'y a pas de conflit d'intérêts.

Les références

1) https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6928e1.htm 2) https://www.ssa.gov/oact/STATS/table4c6.html 3) https://www.census.gov/topics/population.html 4) https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr70/nvsr70-08-508.pdf 5) Cunningham RM, Walton MA, Carter PM : Les principales causes de décès chez les enfants et les adolescents aux Etats-Unis. N Engl J Med 2018 ; 379 : 2468-2475 6) https://www.populationpyramid.net/united-states-of-america/2019 7) Li Yanping et al. : Impact des facteurs de mode de vie sain sur l'espérance de vie dans la population américaine. Diffusion 2018 ; 138:345–355 8) Li Yanping et al. : Mode de vie sain et espérance de vie sans cancer, maladie cardiovasculaire et type 2 diabète : étude de cohorte prospective. BMJ 2020; 368 : 16669

Machine Translated by Google

9) O'Doherty MG et al. : Effet des principaux facteurs de risque liés au mode de vie, indépendamment et conjointement sur l'espérance de vie avec et sans maladie cardiovasculaire. Eur J Epidémiol 2016 ; 31 : 455-468 10) Nusselder WJ, Franco OH et al. : Vivre en meilleure santé plus longtemps. Santé publique BMC 2009 ; 9 : 487 11) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html 12) https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db289. htm 13) https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db360.htm 14) DuGoff EH, Canudas-Romo V. et al. : Maladies chroniques multiples et espérance de vie. Soins médicaux 2014, 52/8 : 688-94

15) Zhu Yajing et al. : Caractéristiques, utilisation des services et mortalité des groupes de patients multimorbides en Angleterre : une étude basée sur la population. BMC Médecine 2020, 18, Art. n° : 78 16) https://assets.aarp.org/rgcenter/health/beyond_50_hcr_conditions.pdf 17) https://www.macrotrends.net/countries/USA/united-states/life-expectancy 18) Klenk J. et coll. : Évolution de l'espérance de vie 1950-2010 : contributions de l'âge et de la maladie mortalité dans certains pays. Paramètres de santé de la population 2016, 14(20): 1–11

19) https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/burden.html# 20) https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2020.571416/full 21) Bunyavanich S., Do A., Vicencio A. : Expression nasale du gène de l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 chez les enfants et adultes. JAMA 2020, 323, 2427–2429

22) Chen J., Jiang Q. et al. : Variation individuelle de l'expression du gène ACE2 du récepteur SARS-CoV-2 et régulation. Cellule vieillissante 2020, 19, e13168.

23) https://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/ 24) www.ukcolumn.org/article/covid-19-data-exposing-deception 25) King DE, Xiang J., Pilkerton CS : Tendances de la multimorbidité chez les adultes aux États-Unis. J Am Board Fam Med 2018, 31(4): 503-513

26) https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/tools/TL200/TL221/RAND_TL221.pdf 27) Nunes BP, Flores TR et al. : Multimorbidité et mortalité chez les personnes âgées : une revue systématique et méta-analyse. Arch Gerontol Geriatr 2016; 67 : 130-138 28) https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2821%2900896-5/fulltext 29) https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/9/20-1791_article

…….

/Certains liens vers les adresses www détaillées ne sont pas donnés dans les références s'ils concernent de grandes institutions, alors que l'ajout dans un navigateur des mots clés donnés dans l'essai devrait permettre de retrouver facilement les données. / /La réutilisation de ce matériel nécessite une autorisation des auteurs. drayse@proton.me