

**CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
DISTRICT MONTRÉAL**

**COUR SUPÉRIEURE
(Chambre civile)**

Nº 500-17-115847-215

(...)

-et-

LILY MONIER

-et-

STÉPHANE BLAIS

-et-

RICHARD GIRGIS

-et-

DENIS LARRIVÉE

-et-

SONIA GREWAL

(...)

Demandeurs

c.

PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC

-et-

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Défendeurs

-et-

D^R HORACIO ARRUDA

-et-

FRANÇOIS LEGAULT

-et-

CHRISTIAN DUBÉ

Mis-en-cause

**DEMANDE REMODIFIÉE DE POURVOI EN CONTRÔLE JUDICIAIRE
(Demande en déclaration de nullité, d'inopérabilité et
d'inconstitutionnalité)**

DEMANDE POUR JUGEMENT DÉCLARATOIRE

(Articles 25, 49, 142 et 529 du *Code de procédure civile*

-et- Articles 24 (i) et 52 (i) de la *Charte canadienne des droits et libertés*

-et- Articles 49 et 52 de la *Charte des droits et libertés de la personne*)

**VALANT ÉGALEMENT À TIRE D'AVIS EN VERTU DES ARTICLES 76
ET 77 C.P.C.**

**LES DEMANDEURS EXPOSENT CE QUI SUIT, AU SOUTIEN DE LEUR DEMANDE
REMODIFIÉE:**

I- LES PARTIES

A. LES DEMANDEURS

-i) (...)

1. (...)

2. (...)

-ii) (...)

3. (...)

4. (...)

5. (...)

6. (...)

7. (...)

8. (...)

9. (...)

10. (...)

-iii) Lily Monier

11. La demanderesse Lily Monier (ci-après: « **Monier** ») est âgée de 66 ans et habite à Val-David;
12. Après avoir travaillé comme travailleuse autonome en transcription de débats judiciaires pendant 26 ans, la demanderesse **Monier**, en 2015, est devenue consultante en profils de personnalité (tests psychométriques) et a vu sa clientèle augmenter de façon régulière au fil des années;
13. La demanderesse **Monier** avait même obtenu un coaching subventionné par Emploi-Québec en décembre 2019 et janvier 2020 afin d'amener son entreprise à un autre niveau;
14. De façon parallèle à son entreprise de consultante en profils de personnalité, la demanderesse **Monier** transcrivait des auditions de procès à temps partiel;
15. Depuis le confinement de mars 2020, la demanderesse **Monier** n'a plus reçu quelque demande que ce soit dans le cadre de son entreprise, la majorité de ses clients étant, par ailleurs, des gens d'affaires, de sorte qu'après 5 ans d'efforts et d'augmentation de sa clientèle et de ses activités, l'entreprise de la demanderesse **Monier** a périclité;
16. Quant aux transcriptions de procès, en raison du confinement, après le 15 avril 2020, la demanderesse **Monier** n'a reçu que très peu de demandes à ce sujet;

17. Depuis le confinement de mars 2020, les revenus de la demanderesse **Monier** ont donc drastiquement baissés, pour devenir pratiquement nuls, ce qui lui cause un stress financier et psychologique constant;
18. Depuis octobre 2020, la demanderesse **Monier** (...) est travailleuse autonome, sur demande, auprès de la de la Fondation pour la défense des droits et libertés du peuple (FDDL) en tant que personne-ressource et recherchiste;

iv) Stéphane Blais

- 18.1 Le demandeur Stéphane Blais (ci-après « **Blais** ») est âgé de 52 ans, est conjoint de fait et est père de 4 enfants respectivement âgés de 6, 22, 23 et 30 ans;
- 18.2 Il détient une licence en sciences comptables et un baccalauréat en sciences politiques;
- 18.3 Il était comptable de profession jusqu'à tout récemment et était membre de l'Ordre professionnel des Comptables professionnels agréés (CPA) jusqu'en date du 31 mars 2021, date à laquelle il a (...) décidé, suite à une plainte disciplinaire retenue contre lui, de ne pas renouveler son titre de CPA auprès de l'Ordre des CPA;
- 18.4 Le demandeur **Blais** a donc été praticien comptable de 1997 (stagiaire CA) jusqu'au mois de mars 2021 (CPA), ayant été, de 2012 jusqu'au 31 mars 2021, associé-directeur dans une firme de CPA;
- 18.5 Son champ d'expertise portait sur les coopératives, les municipalités, les entreprises manufacturières, les évaluations d'entreprises et de patrimoines, le redressement d'entreprises en difficultés financières et l'achat et la vente d'entreprises;
- 18.6 Il a également agi comme témoin-expert dans des dossiers de divorce dans lesquels des entreprises étaient en cause;
- 18.7 Il a fait l'objet d'une plainte disciplinaire devant le Conseil de discipline de l'Ordre des CPA en raison de propos qu'il a émis en 2020, notamment en lien avec la crise de la Covid-19 au Québec et les mesures imposées à la population (...) par le gouvernement (...);
- 18.8 Le 3 juin 2022, le demandeur Blais a été radié à vie, à 18 mois de radiation, et à 20 000\$ d'amende pour avoir critiqué les mesures imposées à la population par le gouvernement et avoir remis en cause la crise de la Covid-19;

- 18.9 Cette radiation n'a rien à voir avec sa compétence comme CPA ni avec un quelconque manquement déontologique envers ses clients ni avec l'exercice de sa profession de comptable;
- 18.10 Ce harcèlement de la part de son ordre et l'impact de la décision sur sa réputation dans les médias et sur les réseaux sociaux qui s'en est suivi lui cause et lui ont causé une angoisse psychologique importante à lui et sa famille.
- 18.11 Cette angoisse est accompagnée d'un stress psychologique lié à la baisse importante de ses revenus depuis le début de l'enquête jusqu'à sa radiation.
- 18.12 Le demandeur Blais avait un dossier disciplinaire vierge avant cette radiation, n'avait jamais eu de litiges civils avec qui que ce soit et n'avait pas de dossier criminel(...);
- 18.13 À titre personnel, le demandeur Blais a dû payer une amende de 1 250\$ pour avoir refusé de porter le masque lors d'une manifestation extérieure qui se tenait à Québec le 5 avril 2021.
- 18.14 À cette date, il a été détenu derrière les barreaux d'un poste de police de Québec pendant 3 heures à la suite de son refus de mettre le masque;
- 18.15 Il a été chef du parti politique Citoyens au pouvoir de 2018 jusqu'au 10 mai 2021, date à laquelle il a démissionné de son poste de chef de ce parti;
- 18.16 Il a été candidat aux élections provinciales de 2018 en tant que chef du parti Citoyens au pouvoir, ainsi que candidat aux élections municipales de Lévis en 2013 à titre de candidat indépendant;
- 18.17 Depuis le 7 mai 2020, il est **président de la FDDL (organisme sans but lucratif)**, dont il est l'un des membres fondateurs; depuis qu'il a abandonné sa pratique de comptable en avril 2021 et qu'il a démissionné de son poste de chef du parti Citoyens au pouvoir en mai 2021, le demandeur **Blais** se consacre exclusivement aux affaires de la FDDL en tant que président de cette dernière;

v) RICHARD GIRGIS

- 18.18 Le demandeur Richard Girgis (ci-après « **Girgis** ») est âgé de 41 ans et habite à Saint-Hippolyte ;
- 18.19 Il a effectué des études en administration en 1999 et des études de droit en 2005, mais il n'a pas terminé ces diverses études jusqu'à l'obtention d'un diplôme;

- 18.20 De 1995 à 2015, il a travaillé dans le secteur médical en tant que copropriétaire de cliniques médicales à Montréal et en banlieue avec son père, qui était médecin spécialiste en obstétrique et gynécologie;
- 18.21 En tant que gestionnaire de cliniques médicales, le demandeur **Girgis** était notamment responsable de la mise en œuvre des directives de santé publique pendant les saisons grippales et lors d'épidémies de grippe, ainsi que des campagnes de vaccination annuelles pour les nombreux médecins généralistes des cliniques médicales;
- 18.22 Le demandeur **Girgis** a quitté le domaine de la gestion de cliniques médicales en 2015 ;
- 18.23 Depuis 2015, le demandeur travaille à titre d'investisseur et de gestionnaire en immobilier;
- 18.24 Lors de l'établissement de l'état d'urgence en mars 2020 et de la mise en place des diverses mesures sanitaires, dont les mesures de confinement et la fermeture d'entreprises, le demandeur Girgis était dans le processus d'obtenir sa licence d'entrepreneur en construction auprès de la Régie du bâtiment du Québec (« RBQ »), processus qui a été retardé en raison de la situation et des mesures mises en place;
- 18.25 Ce n'est finalement que le 4 novembre 2020 que le demandeur **Girgis** a pu compléter le processus d'obtention de sa licence d'entrepreneur auprès de la RBQ;
- 18.26 Le ou vers le 10 septembre 2020, le demandeur **Girgis** a fondé l'organisme sans but lucratif Fearless Canada, lequel a notamment pour objectif d'informer la population sur les études scientifiques et les données épidémiologiques en lien avec la crise de la COVID-19, de même que d'exiger une transparence de la part des divers gouvernements du pays quant à leur gestion de la crise, ainsi que d'exiger des justifications de la part de ces gouvernements concernant les diverses mesures qui ont été mises en place dans le cadre de la crise de la COVID-19;
- 18.27 Le demandeur **Girgis** est devenu l'un des administrateurs de la FDDL à titre bénévole le 7 mai 2021 et a quitté son poste en mars 2022;
- 18.28 Le 10 avril 2021, à Montréal, le demandeur Girgis a reçu une contravention au montant de 1550 \$ pour avoir participé sans masque à une manifestation contre les mesures sanitaires abusives, laquelle il conteste actuellement;

vi) Denis Larrivée

- 18.29 Le demandeur Denis Larrivée (ci-après: « **Larrivée** ») est âgé de 68 ans et demeure à Rimouski;
- 18.30 Le demandeur **Larrivée** a travaillé à titre d'agent immobilier de 1987 à 2008;
- 18.31 En 2008, le demandeur **Larrivée** a été victime d'un AVC lui ayant laissé des séquelles importantes;
- 18.32 Suite à son AVC, le demandeur **Larrivée** a dû cesser ses activités d'agent immobilier et il est sans emploi depuis;
- 18.33 Le demandeur **Larrivée** a le côté droit du corps paralysé et il doit se mouvoir à l'aide d'une canne de type quadripode;
- 18.34 Avec le temps, le demandeur Larrivée s'est impliqué auprès d'organismes communautaires d'aide à des personnes à mobilité réduite;
- 18.35 Le demandeur **Larrivée** est marié et il est père de 2 enfants, âgés de 39 et de 34 ans, en plus d'être le grand-père de quatre (4) petits-enfants;
- 18.36 Le mercredi 4 novembre 2020, le demandeur **Larrivée** a vécu les événements malheureux suivants en lien avec l'obligation du port du couvre-visage dans les lieux publics fermés :
- i) il est allé chez son épicier (Métro) situé sur la 2^e rue, à Rimouski, vers 11h00;
 - ii) tout comme il l'avait fait au cours des 9 mois précédents, il est entré à l'intérieur du commerce sans couvre-visage en raison de sa condition médicale;
 - iii) alors qu'il était au comptoir des viandes froides, deux employés lui ont demandé de mettre un couvre-visage, ce à quoi il a répondu qu'il avait une condition médicale lui permettant de ne pas en porter;
 - iv) sous la menace de l'expulser sans qu'il puisse payer son épicerie, les employés ont demandé au demandeur **Larrivée** de les suivre et d'attendre que des policiers arrivent;

- v) le demandeur **Larrivée** a dû patienter debout devant son panier pendant environ une quinzaine de minutes parmi la clientèle qui circulait;
- vi) un policier est arrivé et, après s'être présenté, a demandé au demandeur **Larrivée** de mettre un couvre-visage, en lui expliquant que le gérant de l'épicerie, monsieur Jean-Luc Arsenault, avait le droit de refuser l'accès à l'établissement à un client qui ne porte pas de couvre-visage;
- vii) face à une telle situation, le demandeur Larrivée a décidé de quitter les lieux et d'aller faire son épicerie au Wal-Mart, où personne n'a exigé qu'il porte un couvre-visage.

18.37 Le 6 novembre 2020, le demandeur **Larrivée** est allé au Maxi, commerce situé sur la montée Industrielle, à Rimouski, pour y faire son épicerie, endroit où il était allé chaque semaine depuis le mois de mars 2020 sans porter de couvre-visage et sans que quiconque ne lui ait demandé de le faire. Il y a vécu les événements suivants :

- i) après être entré dans le Maxi, il s'est fait interpellé par une employée, à laquelle il a répondu qu'il ne portait pas de couvre-visage en raison d'une condition médicale;
- ii) Une quinzaine de minutes plus tard, le directeur de l'établissement est allé le voir, accompagné de deux (2) policiers, et ils lui ont demandé de les suivre à l'écart de la clientèle;
- iii) le demandeur **Larrivée** leur a alors expliqué qu'il ne pouvait pas porter de couvre-visage en raison d'une condition médicale et les policiers lui ont alors demandé son billet médical. Le demandeur **Larrivée** leur a répondu qu'il n'avait pas à fournir un tel billet médical et qu'il n'avait, en vertu du décret imposant le port du couvre-visage, qu'à déclarer qu'il ne pouvait pas porter de couvre-visage en raison d'une condition médicale;
- iv) les policiers ont alors procédé à une démonstration sur la manière de porter un couvre-visage et ils ont dit au demandeur **Larrivée** que s'il refusait de porter un couvre-visage, il devait quitter les lieux sans pouvoir faire ses achats;
- v) les policiers ont même suggéré au demandeur **Larrivée** de faire son épicerie en ligne et de venir la récupérer par la suite;
- vi) après avoir dit aux policiers qu'il avait un droit légitime de venir faire son épicerie en personne pour choisir lui-même ses aliments, le demandeur **Larrivée**, voulant éviter toute confrontation et effectuer son épicerie, a, par

obligation, mis un couvre-visage pour terminer de faire ses achats, les payer et quitter les lieux;

- 18.38 Le ou vers le 8 novembre, la compagne du demandeur **Larrivée** a déposé une plainte auprès de Loblaws-Maxi concernant les événements du 6 novembre 2020 et celle-ci a reçu des excuses par téléphone de la part de représentantes de Loblaws-Maxi, les 24 et 25 novembre 2020;
- 18.39 Le 14 mai 2021, le demandeur **Larrivée** s'est rendu à l'épicerie CoopIGA situé sur le boulevard Jessop à Rimouski;
- 18.40 Après l'habituelle demande de lavage des mains à l'entrée et la remise d'un panier par un préposé, le demandeur **Larrivée** a mentionné à ce préposé qu'il avait une condition médicale et qu'il ne pouvait pas porter de couvre-visage;
- 18.41 Le demandeur **Larrivée** s'est par la suite dirigé vers le département des fruits et légumes et soudain le nouveau gérant est venu le voir afin de lui dire qu'il devait absolument porter un couvre-visage faute de quoi, il devait sortir de l'établissement;
- 18.42 Le demandeur **Larrivée** a répondu qu'il avait une condition médicale l'exemptant de porter un couvre-visage, mais rien n'y fit, de sorte qu'afin de pouvoir terminer son épicerie, il a dû porter un couvre-visage et terminer ses achats rapidement;
- 18.43 Depuis la levée de l'état d'urgence sanitaire, en vertu de la Loi 28, pièce P-78, certains arrêtés ministériels étant demeurés en vigueur, le demandeur **Larrivée** se voit dans l'obligation de porter un couvre-visage lors de ses nombreux rendez-vous médicaux, malgré sa condition médicale;
- 18.44 Lors de sa visite annuelle chez son médecin de famille, en septembre 2022, il a été obligé de porter le couvre-visage dans la salle d'attente et n'a pu le retirer que dans le bureau de son médecin, ce dernier étant bien évidemment au courant de sa condition médicale. Son médecin lui a dit qu'il serait préférable pour lui de ne pas porter de couvre-visage, mais qu'il ne lui était pas permis de lui donner un papier à cet effet;
- 18.45 Lors d'une visite pour un examen de la vue, le 30 juin 2022, il a dû porter un couvre-visage, malgré sa condition médicale;

18.46 Lors d'une visite à l'Hôpital Saint-Sacrement avec le Dr. Tourville pour une intervention médicale à l'œil, le 31 août 2022, il a dû porter le couvre-visage pendant quelques heures dans la salle d'attente, malgré sa condition médicale;

- vij) Sonia Grewal

18.47 La demanderesse Sonia Grewal (ci-après: « **Grewal** ») est âgée de 39 ans et habite à Val-David ;

18.48 Elle est en union de fait et est la mère d'un enfant de 5 ans ;

18.49 Elle est co-actionnaire d'une compagnie, la demanderesse 93207108 Québec inc., qui exploite des commerces/établissements dans le domaine de la restauration et de l'hôtellerie, soit ;

- Auberge microbrasserie Le Baril Roulant, située à Val-David;
- Pub Baril Roulant Plage, situé à Mont-Tremblant ;
- Pub Le Baril Roulant, situé à Val-David ;

18.50 À compter des premières mesures de confinement et de fermeture de commerces et de restaurants, en mars 2020, la demanderesse **Grewal** a été grandement affectée et bouleversée, notamment par le fait que les affaires des établissements ci-dessus mentionnés (...) ont chuté;

18.51 En plus de personnellement subir les mesures imposées par le gouvernement, la demanderesse **Grewal** a vu tous ses projets d'affaires en lien avec ses établissements sérieusement affectés et mis en péril ;

18.52 Compte tenu de la baisse drastique des activités et des revenus des établissements ci-dessus mentionnés, la demanderesse **Grewal** ne travaille pas et fait l'école à la maison à son fils de 5 ans;

- viii) (...)

18.53 (...)

18.54 (...)

18.55 (...)

18.56 (...)

18.57 (...)

18.58 (...)

18.59 (...)

18.60 (...)

18.61 (...)

(...)

B. LES DÉFENDEURS ET MIS-EN-CAUSE

- i) Procureur général du Québec

19. Le Procureur général du Québec (ci-après le « **P.G. du Québec** ») doit répondre, en vertu des dispositions du *Code de procédure civile* (ci-après: « **C.p.c.** »), des faits et gestes du gouvernement du Québec (ci-après le « **Gouvernement** »), de ses ministres et/ou agents de l'état;
20. Le **P.G. du Québec** est également le gardien de l'intérêt public, le conseiller juridique auprès des différents ministères du **Gouvernement** ainsi que le représentant de l'État devant les tribunaux;

- ii) Direction de la santé publique

21. La défenderesse Direction de la santé publique (ci-après la « **D.S.P.** »), par l'entremise du *Directeur national de la santé publique*, en l'occurrence le défendeur D^r Horacio Arruda, a la responsabilité d'agir afin de prévenir et d'améliorer la santé de la population du Québec;

- iii) D^r Horacio Arruda

22. Le mis-en-cause D^r Horacio Arruda, (ci-après: « **Arruda** ») a été le Directeur national de la santé publique du Québec et il a occupé ce poste de l'année 2012 jusqu'au 10 janvier 2022 ;

23. En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le mis-en-cause **Arruda** est spécifiquement responsable des mandats suivants:

- *informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, de conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin;*
- *identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de voir à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection;*
- *assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé;*
- *identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour favoriser cette action;*
- *le directeur assume toute autre fonction qui lui est confiée par la Loi sur la santé publique et la Loi sur la santé et la sécurité du travail.*

24. Le mis-en-cause **Arruda** (...) était aussi sous-ministre adjoint de la santé, ce qui lui (...)donnait à la fois une fonction politique et une autre fonction de santé publique, deux rôles difficilement conciliables, qui ne (...) pouvaient que teinter ses décisions selon le couvre-chef qu'il (...) décidait de porter;

- iv) François Legault

25. Le mis-en-cause François Legault (ci-après « **Legault** ») est le premier ministre du Québec depuis le 18 octobre 2018;

26. À titre de premier ministre du Québec, le mis-en-cause **Legault** a le pouvoir ultime d'imposer des décisions politiques pouvant affecter l'ensemble des Québécois, ce qu'il a d'ailleurs admis avoir fait à maintes reprises dans le cadre de la gestion de la crise de la COVID19;

y) Christian Dubé

- 26.1 Le mis-en cause Christian Dubé (ci-après « Dubé ») est, depuis le 22 juin 2020, le ministre de la santé et des services sociaux. À ce titre, il est directement impliqué dans la gestion de la situation relative à la COVID-19 au Québec et, dans ce cadre, il a adopté plusieurs arrêtés ministériels imposant diverses mesures à la population québécoise en lien avec la COVID-19, plusieurs de ces arrêtés ministériels étant mentionnés aux présentes
- 26.2 En tant que ministre de la Santé, le mis-en-cause **Dubé** participe activement à la gestion de la situation entourant la COVID-19 et dans la prise de décision concernant les diverses mesures imposées à la population du Québec;

II-LA DÉCLARATION D'URGENCE SANITAIRE AINSI QUE LES DÉCRETS ET ARRÊTÉS MINISTÉRIELS

27. Le 31 décembre 2019, l'*Organisation mondiale de la santé*, (ci-après: l'« **OMS** ») a été informée que des cas de pneumonie d'étiologie inconnue (cause inconnue) avaient été détectés à Wuhan, en Chine;
28. Le 7 janvier 2020, les autorités chinoises ont confirmé le premier cas de ce qui est désormais connu comme étant la COVID-19;
29. Le 11 janvier 2020, le premier décès relié à la COVID-19 a été rapporté en Chine;
30. Le 11 mars 2020, l'**OMS** a déclaré que la COVID-19 était une pandémie;
31. Le 23 janvier 2020, les autorités canadiennes ont déclaré que le premier cas de COVID-19 avait été identifié à Toronto;
32. Le 27 février 2020, les autorités québécoises ont déclaré qu'un premier cas de COVID-19 avait été identifié au Québec;
33. Le 13 mars 2020, en application de la *Loi sur la santé publique* (ci-après la « LSP »), le **Gouvernement** a, en vertu de l'article 118 de la **LSP**, déclaré l'état d'urgence sanitaire pour l'ensemble du territoire du Québec par l'adoption du **Décret 177-2020**, tel qu'il appert dudit décret dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-4**;

34. Par l'adoption du **Décret 177-2020 (P-4)**, le **Gouvernement** a ordonné la fermeture des établissements d'enseignement, des lieux de rassemblements et a déclaré que la ministre de la Santé (maintenant le ministre de la Santé) était habilité(e) à prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé des Québécois;
35. Le 15 mars 2020, la ministre de la Santé de l'époque, Danielle McCann, a adopté l'**Arrêté ministériel 2020-004**, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-5** lequel :
- suspend les activités de tous les lieux qui accueillent le public à des fins culturelles, éducatives, sportives, de loisirs ou de divertissement, incluant les spas, les saunas, les piscines, les parcs et centres d'attraction et les parcs aquatiques, les stations de ski, les arénas, les salles d'entraînement, les centres sportifs, les cinémas, les arcades, les salles de danse, les zoos et les aquariums;
 - suspend les activités dans les bars, les discothèques, les restaurants offrant des buffets et les cabanes à sucre, et limitant les activités des autres restaurants dans la mesure où leur capacité d'accueil est limitée de 50 % afin d'instaurer une distanciation entre les clients, tout en permettant les commandes à l'auto et pour emporter;
 - déclare le huis clos de toute audience devant être tenue devant un tribunal judiciaire, un tribunal administratif ou un autre organisme de l'administration, à moins que le décideur n'en décide autrement;
 - déclare le huis clos pour le conseil et le comité exécutif administratif de toute municipalité, communauté métropolitaine, service de transport en commun ou régie intermunicipale.
36. Le 20 mars 2020, le **Gouvernement** a renouvelé l'état d'urgence sanitaire par le **Décret 222-2020**, tel qu'il appert dudit décret dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-6**. Par ce décret, le **Gouvernement** a notamment interdit tout rassemblement intérieur ou extérieur, sauf:
- i) s'il est requis dans un milieu de travail, pour l'exercice d'une activité qui n'est pas visée par une suspension prévue par décret ou arrêté, y compris ceux pris subséquemment;
 - ii) s'il est requis pour obtenir un service ou un bien d'une personne, d'un établissement, d'une entreprise ou d'un autre organisme

dont les activités ne sont pas suspendues par décret ou arrêté, y compris ceux pris subséquemment, ou pour offrir un service ou un bien à l'un de ceux-ci; iii) dans un moyen de transport;

iv) dans le cas d'un établissement extérieur, dans l'une des situations suivantes :

a) si les personnes rassemblées sont des occupants d'une même résidence privée ou de ce qui en tient lieu;

b) si une personne reçoit d'une autre personne un service ou son soutien;

c) si une distance minimale de deux mètres est maintenue entre les personnes rassemblées.

v) dans une résidence privée ou dans ce qui en tient lieu, entre ses occupants et toute autre personne leur offrant un service ou dont le soutien est requis;

37. Le 22 mars 2020, la ministre de la Santé a adopté l'**Arrêté ministériel 2020-008**, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-7**, dans lequel il est notamment prévu la suspension des activités dans les salles à manger des restaurants, dans les commerces au détail (sauf exceptions) et dans les salons d'esthétique et de soins personnels;
38. Le 24 mars 2020, le **Gouvernement** a adopté le **Décret 223-2020**, dénoncé au soutien des présentes comme **Pièce P-8**, lequel suspendait toute activité effectuée en milieu de travail, sauf pour des services prioritaires déterminés par le **Gouvernement** et autres exceptions;
39. Le 28 mars 2020, la ministre de la Santé a adopté l'**Arrêté ministériel 2020-011**, dénoncé au soutien des présentes comme **Pièce P-9**, restreignant le droit à la libre circulation par la limitation des régions socio-sanitaires;
40. Le 29 mars 2020, le **Gouvernement** a renouvelé l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 7 avril 2020 par le **Décret 388-2020**, lequel est dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-10**;
41. Par la suite, le **Gouvernement** a renouvelé l'état d'urgence sanitaire par décret de 10 jours en 10 jours, parfois moins de 10 jours, ainsi que décrété d'autres mesures et/ou assouplissements des mesures au fil du temps;

42. Notamment, à compter du 1^{er} mai 2020, le **Gouvernement** a procédé à graduellement « déconfiner » le Québec, tel qu'il appert des divers décrets dénoncés en liasse au soutien des présentes comme **pièce P-11**;
43. Le 15 juillet 2020, le **Gouvernement** a adopté le **Décret 810-2020**, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-12**, par lequel il a imposé à toutes personnes de 12 ans et plus accédant à des lieux publics fermés le port du couvre-visage, et ce, malgré qu'au mois d'avril 2020, le mis-en-cause **Arruda** en avait fortement déconseillé l'usage (voir à ce sujet les paragraphes 141 et suivants des présentes);
44. À compter du 30 septembre 2020, le **Gouvernement** a recommencé à adopter des décrets visant à graduellement « reconfiner » le Québec, notamment :

-i) Décret 1020-2020 du 30 septembre 2020:

- dans certaines régions socio-sanitaires, dont le territoire de la Communauté métropolitaine de Montréal et la région de la Capitale-Nationale: interdiction pour les gens qui ne résident pas ensemble de se retrouver dans une résidence privée, suspension des activités dans, notamment, les restaurants (sauf pour commandes à emporter ou les commandes à l'auto), les bars et discothèques, les cinémas et salles où sont présentés des arts de la scène, les saunas et les spas (à l'exception des soins personnels qui y sont dispensés), les bibliothèques (à l'exception des comptoirs de prêts) etc., tel qu'il appert dudit décret dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-13**;

-ii) Décret 1039-2020 du 7 octobre 2020:

- fermeture des gyms et des écoles d'arts martiaux; les collèges et les universités doivent favoriser l'enseignement à distance;
- suspension des sports et activités de loisir, tel qu'il appert dudit décret dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-14**;

-iii) Décret 1145-2020 du 28 octobre 2020:

- interdiction à quiconque de se trouver dans un lieu dont les activités avaient été suspendues en vertu du **Décret 1020-2020** du 30 septembre 2020, tel qu'il appert dudit décret dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-15**;

iv) Décret 1346-2020 du 9 décembre 2020:

- fermeture des écoles préscolaires et primaires à compter du 17 décembre 2020, tel qu'il appert dudit décret, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-16**;

v) Décret 1419-2020 du 23 décembre 2020 :

- suspension de toute activité dans un commerce de détail, sauf à l'égard de certains commerces, comme les épiceries, pharmacies, quincailleries, dépanneurs, Société des alcools du Québec (SAQ), Société québécoise du cannabis (SQDC), commerces de grandes surfaces offrant des produits alimentaires, de pharmacie ou de quincaillerie, etc., tel qu'il appert dudit décret dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-17**;

45. Le ou vers le 4 décembre 2020, le mis-en-cause **Legault** a annoncé que les rassemblements dans les résidences privées seraient interdits pour les Fêtes, et ce, malgré le fait que la défenderesse **D.S.P.** avait recommandé qu'il puisse y avoir, entre les 24 et 27 décembre 2021 inclusivement, dans un domicile donné, deux rassemblements d'au plus 10 personnes provenant d'un maximum de 3 adresses différentes (à cet égard, voir le document intitulé « Proposition pour la période des Fêtes » dénoncé au soutien comme **pièce P-18**), tel qu'il appert des articles dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-19**. Cette annonce s'est par la suite concrétisée par l'adoption de l'**Arrêté ministériel 2020-105**, dans lequel l'interdiction des rassemblements intérieurs a été confirmée et étendue à toutes les régions socio-sanitaires du Québec, tel qu'il appert dudit arrêté ministériel, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-20**;

46. Le 8 janvier 2021, le **Gouvernement**, par le **Décret 2-2021**, a imposé, sur l'ensemble du territoire de la province de Québec, un couvre-feu de 20h00 à 5h00, lequel couvre-feu est entré en vigueur le 9 janvier 2021, tel qu'il appert dudit décret dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-21**. Le texte du **Décret 2-2021** se rapportant au couvre-feu se lit comme suit:

« 29 il est interdit à toute personne, entre 20 heures et 5 heures, de se trouver hors de sa résidence ou de ce qui en tient lieu ou du terrain d'une telle résidence, à moins qu'elle démontre être hors de ce lieu:

- a) pour fournir une prestation de travail ou de services professionnels nécessaires à la continuité des activités*

ou des services qui ne sont pas visés par une suspension en vertu d'un décret ou d'un arrêté pris en vertu de l'article 123 de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2), incluant le transport des biens nécessaires à la poursuite de ces activités ou services;

- b) pour obtenir, dans une pharmacie, des produits pharmaceutiques, hygiéniques ou sanitaires, ou un service professionnel;*
- c) pour recevoir des services éducatifs d'un établissement de la formation générale des adultes et de la formation professionnelle ou des services d'enseignement d'un établissement universitaire, d'un collège institué en vertu de la Loi sur les collèges d'enseignement général et professionnel (chapitre C-29), d'un établissement d'enseignement privé qui dispense des services d'enseignement collégial ou de tout autre établissement qui dispense des services d'enseignement de niveau collégial ou universitaire;*
- d) pour obtenir des soins ou des services requis par son état de santé;*
- e) pour la réalisation d'un don de sang ou d'autres produits biologiques d'origine humaine à Héma-Québec; [...]*
- f) pour porter assistance à une personne dans le besoin, pour fournir un service ou un soutien à une personne pour des fins de sécurité, pour assurer la garde d'un enfant ou d'une personne vulnérable, pour visiter une personne en fin de vie ou encore pour un motif d'urgence;*
- g) pour se conformer à un jugement rendu par un tribunal, pour répondre à une assignation pour comparaître devant un tribunal ou pour permettre l'exercice des droits de garde ou d'accès parentaux;*
- h) pour prendre un autobus assurant un service interrégional ou interprovincial, un train ou un avion ou pour se rendre, à la suite de son trajet, à sa destination;*
- i) pour obtenir, dans une station-service, un bien ou un service requis pour le bon fonctionnement d'un véhicule ou des denrées alimentaires, à l'exception des boissons alcooliques, mais uniquement dans le cadre de l'une des exceptions prévues aux sous-paragraphes a) à h);*
- j) pour les besoins de son chien, dans un rayon maximal d'un kilomètre autour de sa résidence ou de ce qui en tient lieu;*
- k) pour accompagner une personne ayant besoin d'assistance dans l'une des situations autorisées en vertu des sous-paragraphes a) à i); »*

47. Le 8 février 2021, le **Décret 102-2021**, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-22**, a maintenu le couvre-feu en place sur l'ensemble du territoire du Québec;
48. Le 10 février 2021, par le **Décret 103-2021**, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-23**, qui renouvelait l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 19 février 2021, le **Gouvernement** a décrété que le couvre-feu allait s'appliquer jusqu'au 19 février 2021;
49. Le 17 février 2021, par le **Décret 124-2021**, dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-24**, le **Gouvernement** a renouvelé l'état d'urgence sanitaire et a maintenu le couvre-feu en place jusqu'au 26 février 2021;
- 50.(...) Par la suite, le Gouvernement a renouvelé l'état d'urgence sanitaire de 10 jours en 10 jours (parfois moins) de sorte qu'en date des présentes, le Gouvernement a, depuis le 13 mars 2020, renouvelé l'état d'urgence sanitaire (...) 113 fois, le dernier décret (Décret 865(...)-2022 du (...) 25 mai 2022) renouvelant l'état d'urgence sanitaire étant dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-25A**;

50.1 La Loi 28, dénoncée au soutien des présentes comme pièce **P-25B**, a été adoptée en vue de mettre fin à l'état d'urgence sanitaire, tout en permettant de maintenir certaines mesures transitoires. Dans une lettre du 18 mars adressée au défendeur **Dubé** par la bâtonnière du Barreau du Québec, dénoncée au soutien des présentes comme pièce **P-25C**, cette dernière mentionne :« Une revue du site Web du Gouvernement du Québec nous permet d'identifier plus d'une centaine de décrets et d'arrêtés ministériels qui s'appliquent toujours.

Le gouvernement reconnaît que l'une des seules mesures actuellement maintenues qui touche directement la population en général est le port du masque en public. Or, plusieurs autres mesures prises par décrets ou arrêtés s'appliquent toujours, notamment celles concernant la gestion du personnel dans le milieu de la santé, l'autorisation de certains professionnels à contribuer à la campagne de vaccination ainsi que d'autres mesures opérationnelles.

Ces nombreux décrets et arrêtés ont également fait l'objet de modifications successives, sans qu'une codification administrative soit effectuée, comme c'est le cas pour les lois et les règlements. Pour plus de clarté, le Barreau du Québec considère que le gouvernement devrait faire l'exercice d'identifier les décrets qui doivent continuer à s'appliquer jusqu'au 31 décembre 2022 en les incluant en annexe de la loi. »

50.2 Dans une prise de position du 21 février 2022 intitulée « Lutter contre une pandémie dans le respect de la démocratie », dénoncée au soutien des présentes comme pièce P-25D, la bâtonnière mentionnait :

« Le Barreau souhaite aujourd'hui participer à la réflexion actuelle sur les enjeux liés à la transition vers la fin de l'état d'urgence sanitaire.

À cet égard, trois sujets doivent absolument être abordés dès maintenant :

1- La nécessité de revoir le maintien des mesures sanitaires en vigueur en fonction de leur rationalité. »

51. Les principales mesures décrétées par le **Gouvernement** depuis le 13 mars 2020 jusqu'à ce jour peuvent être résumées comme suit:

- i) fermeture des entreprises et commerces, à l'exception de ceux désignés comme étant essentiels;
- ii) distanciation sociale de deux (2) mètres dans les lieux publics fermés et même à l'extérieur lors de manifestations;
- iii) interdiction de rassemblements à l'intérieur;
- iv) fermeture des restaurants, sauf pour emporter; fermeture des bars;
- v) fermeture des cinémas;
- vi) fermeture des gyms, centres/écoles d'arts martiaux et studios de yoga;
- vii) fermeture des écoles, des CEGEP, des universités et des garderies/services de garde;
- viii) imposition du port du couvre-visage/masque dans les transports en commun, dans les lieux publics fermés et dans les écoles primaires, secondaires, CEGEP et universités, ainsi que dans les espaces de bureaux, lors des manifestations à l'extérieur et lors d'activités extérieures entre personnes qui n'habitent pas ensemble;
- ix) (...);
- x) fermeture des parcs, piscines et terrain de jeux;

- xi) interdiction de rassemblements dans les domiciles et résidences privés, sauf entre les personnes vivant sous le même toit, y compris pour les Fêtes de fin d'année (Noël et Jour de l'An);

III-(...)

52. (...)__

53. (...)__

54. (...)__

55. (...)__

56. (...)__

57. (...)__

58. (...)__

59. (...)__

60. (...)__

IV- L'INEXISTENCE D'UNE MENACE GRAVE POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (ARTICLE 118 LSP)

61. L'article 118 de la **LSP** se lit comme suit: « **118.** *Le gouvernement peut déclarer un état d'urgence sanitaire dans tout ou partie du territoire québécois lorsqu'une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente, exige l'application immédiate de certaines mesures prévues à l'article 123 pour protéger la santé de la population.* »

62. C'est en vertu de cet article 118 de la **LSP** que le **Gouvernement** a, le 13 mars 2020, déclaré l'état d'urgence sanitaire en lien avec la COVID-19, et qu'il a depuis renouvelé cet état d'urgence sanitaire par décret au maximum à tous les 10 jours;

63. En ce qui concerne l'article 123 de la **LSP**, il se lit comme suit :

« **123.** Au cours de l'état d'urgence sanitaire, malgré toute disposition contraire, le gouvernement ou le ministre, s'il a été habilité, peut, sans délai et sans formalité, pour protéger la santé de la population:

- 1° ordonner la vaccination obligatoire de toute la population ou d'une certaine partie de celle-ci contre la variole ou contre une autre maladie contagieuse menaçant gravement la santé de la population et, s'il y a lieu, dresser une liste de personnes ou de groupes devant être prioritairement vaccinés;
- 2° ordonner la fermeture des établissements d'enseignement ou de tout autre lieu de rassemblement;
- 3° ordonner à toute personne, ministère ou organisme de lui communiquer ou de lui donner accès immédiatement à tout document ou à tout renseignement en sa possession, même s'il s'agit d'un renseignement personnel, d'un document ou d'un renseignement confidentiel;
- 4° interdire l'accès à tout ou partie du territoire concerné ou n'en permettre l'accès qu'à certaines personnes et qu'à certaines conditions, ou ordonner, lorsqu'il n'y a pas d'autre moyen de protection, pour le temps nécessaire, l'évacuation des personnes de tout ou partie du territoire ou leur confinement et veiller, si les personnes touchées n'ont pas d'autres ressources, à leur hébergement, leur ravitaillement et leur habillement ainsi qu'à leur sécurité;
- 5° ordonner la construction de tout ouvrage ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de dispensation de services de santé et de services sociaux;
- 6° requérir l'aide de tout ministère ou organisme en mesure d'assister les effectifs déployés;
- 7° faire les dépenses et conclure les contrats qu'il juge nécessaires;
- 8° ordonner toute autre mesure nécessaire pour protéger la santé de la population.

Le gouvernement, le ministre ou toute autre personne ne peut être poursuivi en justice pour un acte accompli de bonne foi dans l'exercice ou l'exécution de ces pouvoirs. »

64. C'est en vertu de cet article 123 de la **LSP** que le **Gouvernement** et le ministre de la Santé et la Santé publique ont imposé et continuent d'imposer des mesures à la population du Québec en lien avec la COVID-19, sous le prétexte fallacieux et totalement non-fondé, tant factuellement que scientifiquement, qu'il existe toujours, en date

d'aujourd'hui, une menace grave pour la santé de la population, réelle et imminente, en lien avec la COVID-19;

65. Plus de 14 mois après la déclaration initiale de l'état d'urgence sanitaire du 13 mars 2020, la question qui se posait (...) était (...) la suivante :

« Est-ce que la COVID-19 constitue présentement une menace grave à la santé de la population du Québec, réelle ou imminente, qui justifie le maintien d'un état d'urgence et, par conséquent, le maintien des diverses mesures décrétées par le gouvernement en lien avec la COVID-19? »;

66. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'à la lumière des données et statistiques relatives à la COVID-19 et des analyses et études scientifiques maintenant disponibles, la COVID-19 ne représente pas une menace grave à la santé de la population du Québec, réelle ou imminente, et qu'il n'existe et n'existait, par conséquent, aucune raison valable pour que l'état d'urgence sanitaire (...) ait été maintenu au Québec en lien avec la COVID-19 jusqu'au 1^{er} juin 2022, et qu'il n'existe aucune raison valable pour le gouvernement de conserver le pouvoir, via sa Loi 28, de remettre les mesures en place jusqu'au 31 décembre 2022;

- 66.1 À cet égard, les demandeurs réfèrent au « Rapport d'expert du Professeur Christian Perronne, médecin infectiologue, à propos de la COVID-19 » daté du 5 mai 2021 (ci-après le « Rapport Perronne »), lequel est dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-26**, dans lequel le Professeur Perronne conclut à ce qui suit :

« Compte tenu de la mortalité induite par la COVID-19, mon opinion professionnelle et scientifique est que cette maladie ne constitue aucunement « une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente » devant conduire à l'établissement d'un état d'urgence sanitaire quelconque.

Compte tenu des études et des données désormais disponibles sur la population décédée de la COVID-19, mon opinion est également que la population âgée et/ou atteinte de comorbidités a constitué la presque totalité des personnes décédées. »

- 66.2 Il n'existe aucune menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente, en lien avec la COVID-19 en date des présentes pouvant justifier le maintien de l'état d'urgence sanitaire par le **Gouvernement**. À cet égard, il est primordial de mentionner que, lors d'une conférence de presse tenue le 18 mai 2021, le mis-en-cause Dubé a répondu ce qui

suit à un journaliste quant à la question de savoir combien de temps durerait encore l'état d'urgence sanitaire :

« L'état d'urgence, il faut bien comprendre qu'elle a toutes sortes d'impacts. Elle a un impact sur notre personnel, elle a un impact aussi sur les primes qui sont payées à notre personnel, notamment, elle a un impact entre autres sur les différentes mesures qui nous permettent pour aller jusqu'à dire que, sur l'information qu'on reçoit, etc. Donc, on est en train de regarder comment on va pouvoir penser à l'après, si je peux l'appeler le 2.0, et en ce moment, tant qu'on n'a pas réglé notamment, je vous dirais, nos conventions collectives avec le Conseil du Trésor, je pense que c'est un peu prématuré pour avoir la flexibilité qui nous a été donnée par ça, avec une très-très grande collaboration des syndicats. »

tel qu'il appert d'un extrait vidéo de la conférence de presse du 18 mai 2021 dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-27** ;

66.3 Cette déclaration du mis-en-cause **Dubé** constitue un aveu de la part du **Gouvernement** à l'effet que l'état d'urgence sanitaire (...) a été maintenu jusqu'au 1^{er} juin 2022, non pas pour des raisons sanitaires en lien avec une menace grave, réelle ou imminente, pour la santé de la population du Québec, en lien avec la COVID-19, mais bien pour des raisons politiques et opportunistes, dont notamment la gestion du personnel du système de la santé, la réception d'informations et la négociation des conventions collectives, ce qui n'a rien à voir avec des questions sanitaires et ne constitue pas un motif valable pour avoir maintenu si longtemps l'état d'urgence sanitaire, non plus que d'avoir adopté la Loi 28 lui permettant de prolonger et/ou remettre en place des mesures jusqu'au 31 décembre 2022;

66.4 À la lumière de ce qui précède, et de l'aveu même du **Gouvernement**, il n'existe aucun fait ni aucune circonstance pouvant justifier (...) d'avoir maintenu jusqu'au 1^{er} juin 2022 l'état d'urgence sanitaire en lien avec la COVID-19 : aucun des indicateurs qui ont été utilisés par le **Gouvernement** depuis le mois de mars 2020 pour justifier l'état d'urgence sanitaire, soit les décès, les hospitalisations et le nombre de cas quotidiens (surtout lorsque l'on sait maintenant que 97% de ces cas sont des faux positifs) ne justifie présentement le maintien de cet état d'urgence sanitaire;

66.5 Les demandeurs allèguent et soutiennent que le maintien de cet état d'urgence sanitaire par le **Gouvernement** constitue un détournement

illégal de l'objet de la LSP, ainsi qu'un abus de pouvoir flagrant, (...) de même que l'adoption de la Loi 28 lui octroyant des pouvoirs extraordinaires jusqu'au 31 décembre 2022;

66.6 Les demandeurs sont, par conséquent, justifiés de demander qu'il soit déclaré par le tribunal qu'il (...) n'y avait (...) aucune justification au maintien de l'état d'urgence sanitaire en vertu de l'article 119 de la LSP jusqu'au 1^{er} juin 2022 et de demander une ordonnance mettant fin aux pouvoirs octroyés au gouvernement en regard des mesures pouvant être rééditées jusqu'au 31 décembre 2022 en vertu de la Loi 28 (...) ou en vertu de la LSP sur la base d'un (...) état d'urgence sanitaire en lien direct ou indirect avec la covid-19 (...);

67. Subsidiairement, et tel qu'exposé aux paragraphes 151 et suivants des présentes, les demandeurs allèguent et soutiennent que les nombreuses mesures décrétées par le **Gouvernement** en lien avec la COVID-19, notamment, mais sans limiter la généralité de ce qui précède, le port obligatoire du couvre-visage/masque de procédure dans les lieux publics fermés, notamment pour les enfants à l'école, (...) dans les manifestations et pour des activités extérieures entre personnes qui ne résident pas ensemble, l'interdiction des rassemblements intérieurs et des visites dans les domiciles et résidences privées entre parents et amis, la fermeture des restaurants, sauf pour des commandes pour emporter, la fermeture des gyms, salles de sport et studios de yoga, la fermeture des cinémas, la limitation du nombre de personnes pour des messes et services religieux dans les églises et autres lieux de culte, etc., constitu^aient des mesures non seulement injustifiées et/ou disproportionnées eu égard à la réalité que représente la COVID-19, mais également inconstitutionnelles, tant en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* (ci-après: la « *Charte canadienne* ») que de la *Charte des droits et libertés de la personne* (ci-après: la « *Charte québécoise* »);

A. LA COVID-19: LES VÉRITABLES RISQUES

68. Le 29 janvier 2020, le mis-en-cause **Arruda** a donné une entrevue à Esther Bégin, dans laquelle il a atténué le danger de la COVID-19 pour le Québec et vanté le système de santé du Québec, en précisant qu'il ne sera pas question, pour le Québec, de prendre des mesures de limitation générales, ajoutant également que le masque n'est pas utile pour la population en général et que, au contraire, il pouvait augmenter la contamination, un extrait vidéo de cette entrevue étant dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-28**;

69. Le 30 janvier 2020, lors d'une conférence de presse, le défendeur **Arruda** a affirmé que :

« la peur était une mauvaise conseillère, qu'elle fait faire des affaires "qui n'ont pas de criss de bon sens" et que l'on vivait une épidémie de peur »

tel qu'il appert d'un extrait de la transcription de la conférence de presse du 30 janvier dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-29**;

70. Les 28 et 29 février 2020, le défendeur **Arruda** a participé à une conférence au Maroc, lors de laquelle il a notamment dit que:

« le coronavirus prenait trop de place dans les médias et qu'il y avait des enjeux plus importants »

tel qu'il appert d'une vidéo dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-30**;

71. Le **Gouvernement** connaissait donc, dès mars et avril 2020, l'identité du ou des groupes de personnes qui devaient être protégés à l'égard de la COVID-19, soit les personnes âgées de 70 ans et plus, plus particulièrement ceux se trouvant en CHSLD, et les personnes étant affectées de comorbidités, tel qu'il appert des extraits suivants des conférences de presse des 28 et 30 mars 2020 et du 4 avril 2020, dont les extraits sont dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-31** :

i) Conférence de presse du 28 mars 2020

« Mais par contre, pour peut-être vous dire ce qu'on vous avait dit, on vous avait dit que les personnes vulnérables, c'étaient surtout les personnes âgées. Mais je veux juste vous mentionner, par exemple, que la majorité des gens, des cas sont autour de la période d'âge de 80 à 89 ans. On en a deux qui ont 90 ans et plus. Et il n'y a personne en bas de 60 ans. Donc, ce qu'on voit, c'est qu'à partir de 70 ans le risque va en augmentant. Plus on va avoir de données, et j'espère qu'on va en avoir moins, pour vous offrir des statistiques stables, ce n'est pas ça, l'objectif, on pourra vous donner ...

Mais donc, dans les faits, peut-être de voir que le coronavirus, même s'il est fatal pour ces personnes-là, et c'est pour ça qu'on met des mesures très importantes pour protéger nos personnes âgées, la majorité des gens qui vont être malades vont en guérir. Une bonne proportion n'iront même pas à l'hôpital. Puis il y en a certains, même, ça va passer pour un rhume banal. »

-ii) Conférence de presse du 30 mars 2020

« Pour ce qui est aussi ... Je voudrais parler des cas décédés. Juste pour vous donner une idée, là, parce que des gens ont peur, comme tel, sur les 25 cas ... Puis je tiens à présenter mes condoléances aux personnes qui ont vécu ça. Vous savez, on a beau regarder des statistiques, comme épidémiologistes, on sait que, pour chacune des familles, c'est un drame. Mais il y a eu un cas entre 60 et 69 ans, six cas entre 70 et 79 ans, 16 cas entre 80 et 89 ans puis deux cas avec 90 et plus. Donc, 88 % des cas ont plus de 70 ans, 8 % des cas ont 90 ans et plus, puis il reste un 4 % qui correspond à la personne qui est décédée dans la catégorie d'âge des 60 69 ans.

La grande majorité de ces gens-là ont des conditions, parce qu'ils sont plus vieux, de maladies chroniques, de cancers ou d'autres maladies, ce qui veut dire ... ce que l'on craignait, c'était que les personnes âgées soient attaquées, ce qui est le cas. Ça ne veut pas dire qu'il n'y aura pas un jeune qui va avoir des complications qui pourrait se retrouver aux soins intensifs, mais le profil actuel est ce qui était attendu, et ça se situe dans des milieux, par exemple, les résidences pour personnes âgées, qui correspondent à 40 % des cas ... des décès ... je parle des décès, pas des cas, 32 % en CHSLD, puis un 16 % à domicile, puis il y en a 12 % qui est encore actuellement inconnu par rapport à la collecte d'information. »

-iii) Conférence de presse du 4 avril 2020

« D' Arruda (Horacio): Bon, écoutez — si vous me permettez, je vais juste sortir mes choses — il faut faire une distinction entre la maladie puis ceux qui décèdent, qui vont aux soins intensifs, hein? Vous savez, il y a plein de gens, la majorité des gens, même au-dessus de 80 % — même ici, au Québec, c'est plus que ça — vont faire la maladie, vont rester à la maison, n'auront pas nécessairement besoin de soins, vont passer plus ou moins un mauvais quart d'heure puis vont se rétablir.

Et donc, pour ce qui est des répartitions à travers les groupes d'âge, en fin de compte, il y en a surtout chez des jeunes adultes, en termes de masse, 40-49 ans, et par contre, pour ce qui est décès et des hospitalisations, c'est là qu'on se rend compte qu'il y a un "shift" vers les personnes plus âgées. C'est ça, en gros. Vous pourrez voir sur le site de l'Institut national de santé publique les détails en pourcentage.

Mais, dans le fond, si j'essaie de résumer pour la population, les gens qui meurent, actuellement, du COVID-19 sont surtout des personnes en haut de 70 ans, surtout entre 80 puis 89 ans puis en haut de 90 aussi. Il y a quelques cas ... il y a eu un cas de décès, je l'ai dit, dans la tranche d'âge 30-39, d'autres dans 50-59, mais c'est véritablement une maladie qui tue particulièrement les gens

les plus âgés, les gens qui ont des maladies chroniques, pour le moment, au Québec. Et c'est le profil qu'on s'attendait. Et c'est pour ça qu'on a mis tellement d'emphase sur le contrôle de la non-exposition des personnes âgées qui sont regroupées dans les résidences pour personnes âgées, etc. »

71.1 Les données et statistiques relatives aux décès reliés à la COVID-19 cumulées depuis mars 2020 jusqu'au 25 mai 2021 confirment d'ailleurs que les personnes les plus touchées au niveau des décès sont les personnes âgées de 70 ans et plus (90,6% des décès totaux au Québec) - voir aux paragraphes 79 à 81 ci-dessous, de même que les personnes affectées de comorbidités (97% des décès, selon un rapport de l'INSPQ de décembre 2020) – voir au paragraphe 83 ci-dessous ;

72. Dans un article daté du 26 mars 2020, les D^{rs} Anthony S. Fauci, H. Clifford Land et Robert R. Redfield (virologue) écrivaient déjà ce qui suit:

« In their Journal article, Li and colleagues provide a detailed clinical and epidemiologic description of the first 425 cases reported in the epicenter of the outbreak: the city of Wuhan in Hubei province, China. Although this information is critical in informing the appropriate response to this outbreak, as the authors point out, the study faces the limitation associated with reporting in real time the evolution of an emerging pathogen in its earliest stages. Nonetheless, a degree of clarity is emerging from this report. The median age of the patients was 59 years, with higher morbidity and mortality among the elderly and among those with coexisting conditions (similar to the situation with influenza); 56 % of the patients were male. Of note, there were no cases in children younger than 15 years of age. Either children are less likely to become infected, which would have important epidemiologic implications, or their symptoms were so mild that their infection escaped detection, which has implications for the size of the denominator of total community infections.

On the basis of a case definition requiring a diagnosis of pneumonia, the currently reported case fatality rate is approximately 2 %.⁴ In another article in the Journal, Guan et al.⁵ report mortality of 1.4 % among 1099 patients with laboratory confirmed Covid-19; these patients had a wide spectrum of [...]

[...] disease severity. If one assumes that the number of asymptomatic or minimally symptomatic cases is several times as high as the number of reported cases, the case fatality rate may be considerably less than 1 %. This suggests that the overall clinical consequences of Covid-19 may ultimately be more akin to those of a severe seasonal influenza (which has a case fatality rate of approximately 0.1 %) or a pandemic influenza (similar to those in 1957 and 1968) rather than a disease similar to SARS or MERS,

which have had case fatality rates of 9 to 10 % and 36 %, respectively. »

tel qu'il appert dudit article dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-32**;

73.Plus d'un an après la déclaration initiale d'état d'urgence sanitaire au Québec, lorsque l'on regarde les chiffres, données et statistiques se rapportant à la mortalité reliée à la COVID-19, force est d'admettre que les constats et pronostics effectués en janvier, février et mars 2020 s'avéraient justes en lien avec les risques réels de la COVID-19 et les personnes à risque de décès;

74.Lorsque l'on regarde les données compilées par le "*Center For Disease Control*" (ci-après: le « **CDC** ») aux États-Unis, le taux de mortalité et de survie par groupe d'âge se situait comme suit en septembre 2020¹:

CDC COVID-19 Infection Fatality Ratio (IFR) Survival Ratio		
AGE	MORTALITY RATE	SURVIVAL RATE
Age 0-19	0,003 %	99.997 %
Age 20-49	0,02 %	99.98 %
Age 50-69	0,5 %	99.5 %
Age 70+	5,4 %	94.6 %

75. Dans une étude publiée en septembre 2020², dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-33**, le Pr John Ioannidis, épidémiologiste de renommée mondiale travaillant à l'*Université de Stanford* et d'autres auteurs en sont venus aux calculs suivants en ce qui concerne la répartition des décès reliés à la COVID-19 au Canada en date du 22 mai 2020:

TABLE 1. PROPORTION OF COVID-19 DEATHS IN SPECIFIC AGE GROUPS.

¹ <https://tallahassee-reports.com/2020/09/26/cdc-releases-updated-covid-19-fatality-ratedata> ² Ioannidis JPA, Axfors C, Contopoulos-Ioannidis DG. Population-level COVID-19 mortality risk for non-elderly individuals overall and for non-elderly individuals without underlying diseases in pandemic epicenters. *Environ Res.* 2020;188:109890. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.109890>.

LOCATION	TOTAL DEATHS REPORT)	% OF (DATE DEATHS ^a)	% OF DEATHS AMONG TOTAL DEATHS	% OF DEATHS AMONG TOTAL DEATHS	% OF DEATHS AMONG TOTAL DEATHS	% OF DEATHS AMONG TOTAL DEATHS	
			AGE <40 AMONG TOTAL DEATHS	AGE 40-64 AMONG TOTAL DEATHS	AGE 65-79 AMONG TOTAL DEATHS	AGE ≥80 AMONG TOTAL DEATHS	AGE <65 AMONG TOTAL DEATHS
Canada	May 22	2305	0.6	3.9	26.3	69.2	4.5

- a Il est par ailleurs intéressant de constater, dans cette étude, que les auteurs mentionnent qu'au Canada, le risque de décéder de la COVID-19 pour les personnes de moins de 65 ans est équivalent au risque que ces mêmes personnes décèdent en conduisant leur véhicule automobile au moins 14 miles (22,4 kilomètres) par jour. Or, jusqu'à ce jour, aucun gouvernement, y compris celui du Québec, n'a interdit aux personnes de moins de 65 ans de conduire leur véhicule automobile à chaque jour sur une distance de 22,4 kilomètres ou plus en raison d'un risque de décès pouvant en découler!

76. Dans cette même étude, les auteurs concluent à ce qui suit:

« People <65 years old have very small risks of COVID-19 death even in pandemic epicenters and deaths for people <65 years without underlying predisposing conditions are remarkably uncommon. Strategies focusing specifically on protecting high-risk elderly individuals should be considered in managing the pandemic.

The vast majority of COVID-19 victims are elderly people and in all European countries analyzed, as well as Canada and most US locations, more than half and up to three quarters are at least 80 years old. »

77. Dans une autre étude soumise en mai 2020 et publiée en septembre 2020³, le Pr Ioannidis conclut à ce qui suit:

« For people <70 years old, the infection fatality rate of COVID-19 across 40 locations with available data ranged from 0.00% to 0.31% (median 0.05%): the corrected values were similar. »

tel qu'il appert de ladite étude dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-34**;

³ Ioannidis JPA. *Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data*. Bull World Health Organ. 2020 Oct 14 [Epub ahead of print]. Available from: https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13554>

- a Dans une étude récente publiée en date du 26 mars 2021, intitulée « Reconciling Estimates of Global Spread and Infection Fatality Roles of COVID-19 : An Overview of Systematic Evaluation »⁴, le professeur Ioannidis en vient à la conclusion suivante :

« All systematic evaluations of seroprevalence data converge that SARS-CoV-2 infection is widely spread globally. Acknowledging residual uncertainties, the available evidence suggests average global IFR of ~0.15% and ~1.5-2.0 billion infections by February

2021 with substantial differences in IFR and in infection spread across continents, countries and locations”.

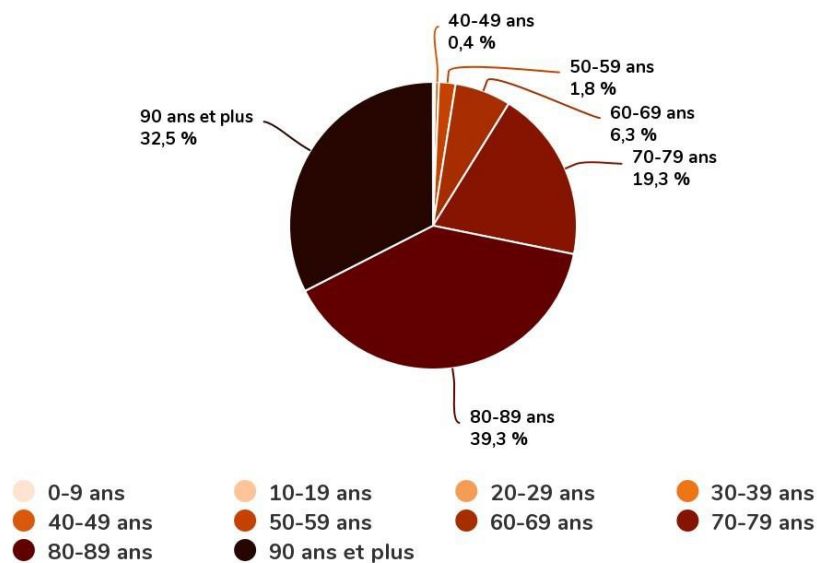
tel qu'il appert de ladite étude dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-35**;

- b Le nombre de décès totaux au Québec en lien avec la COVID-19 depuis le début du mois de mars 2020 jusqu'au 17 mai 2021, soit un peu plus de 14 mois, se chiffrait à 11 050 selon les données disponibles sur le site web de l'INSPQ;

78. Au Québec, en date du 17 mai 2021, le taux de mortalité (...) en lien avec la COVID-19 sur une année complète, tous âges confondus, se situe à 0,12%. À ce sujet, les demandeurs réfèrent au Rapport Perrone, de même qu'au « Rapport COVID-19 Québec » du Dr. Laurent Toubiana daté du 3 mai 2021, lequel est dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-36** (ci-après le « Rapport Toubiana »), dans lesquels ce taux de mortalité de 0,12% pour le Québec est indiqué relativement à la COVID-19;

79. Si l'on considère les différents groupes d'âges, l'on constate les chiffres suivants quant au taux de mortalité de la COVID-19 au Québec en date du 17 mai 2021:

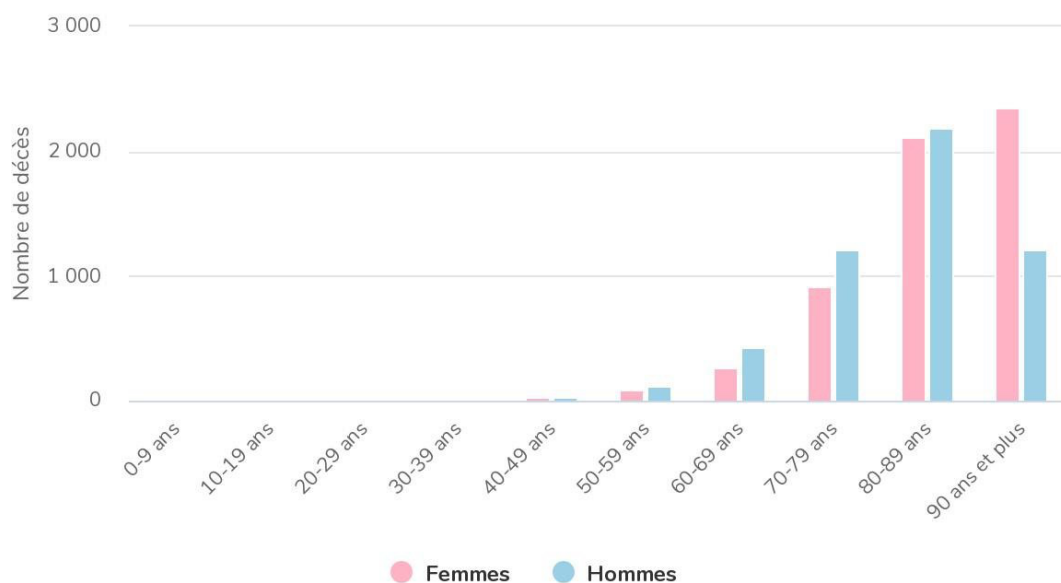
2.3 - Répartition des décès liés à la COVID-19 au Québec selon le groupe d'âge



le graphique ci-dessus pouvant être consulté sur le site web de l'INSPQ à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe;>

80. En ce qui concerne le nombre de décès en lien avec la COVID-19, tel que répertorié par l'INSPQ en date du 17 mai 2021, il se répartit comme suit en fonction des différents groupes d'âges :

2.4 - Nombre cumulé de décès liés à la COVID-19 au Québec selon le groupe d'âge et le sexe



ce graphique pouvant être consulté sur le site web de l'INSPQ à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/age-sexe> ;

81. Selon les données compilées et disponibles sur le site Web de l'INSPQ, le nombre de décès par groupes d'âges reliés à la COVID-19 se répartit comme suit en date du 17 mai 2021:

0-9 ans:	0 décès (0,00%);
10-19 ans:	<u>2</u> décès (<u>0,0181%</u>);
20-29 ans:	<u>8</u> décès; (<u>0,0723%</u>);
30-39 ans:	<u>18</u> décès (<u>0,162%</u>);
40-49 ans:	<u>47</u> décès (<u>0,425%</u>);
50-59 ans:	<u>203</u> décès (<u>1,83%</u>);
60-69 ans:	<u>692</u> décès (<u>6,26%</u>);
70-79 ans:	<u>2 127</u> décès (<u>19,24%</u>);
80-89 ans:	<u>4 316</u> décès (<u>39,05%</u>);
- 90 ans et plus:	<u>3 571</u> décès (<u>32,31%</u>);

82. Il apparaît donc évident qu'au Québec, comme ailleurs dans le monde, les décès reliés à la COVID-19 touchent principalement les personnes de plus de 70 ans et, plus particulièrement, les personnes de plus de 80 ans, les décès des personnes de plus de 70 ans comptant pour près de 91,00% (90,6%) de tous les décès reliés à la COVID-19;

83. Également, il est important de mentionner que, parmi les décès que l'INSPQ a répertoriés comme étant reliés à la COVID-19, la quasi-totalité de ces décès concernent des personnes qui étaient atteintes d'une ou plusieurs comorbidités. En effet, dans le cadre d'un rapport publié le 14 décembre 2020, l'INSPQ a conclu que la moyenne d'âge des personnes décédées en lien avec la COVID-19 était de 85 ans et que plus de 97 % de toutes les personnes décédées en lien avec la COVID-19 jusqu'en date du 26 juillet 2020 avaient au moins une comorbidité, 88 % en ayant au moins deux, tel qu'il appert dudit rapport de l'INSPQ intitulé: « *Impact des comorbidité sur le risque de décès et d'hospitalisations chez les cas confirmés de la COVID-19 durant les premiers mois de la pandémie au Québec* » dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-37**;

84. De la même manière, sur son site Web, en date du 23 mai 2021, le CDC américain fait état de ce qui suit concernant les décès COVID19 et les conditions sous-jacentes:

- « *Comorbidities and other conditions*

Table 3 shows the types of health conditions and contributing causes mentioned in conjunction with deaths involving coronavirus disease 2019 (COVID-19). The number of deaths that mention one or more of the conditions indicated is shown for all deaths involving COVID-19 and by age groups. For over 5% of these deaths, COVID-19 was the only cause mentioned on the death certificate. For deaths with conditions or causes in addition to COVID-19, on average, there were 4.0 additional conditions or causes per death. For data on deaths involving COVID-19 by time-period, jurisdiction, and other health conditions»⁴

tel qu'il appert d'un extrait du site Web du CDC dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-38**:

85. Il découle donc du constat effectué par le CDC que, pour 94 % des décès en lien avec la COVID-19, les personnes décédées avaient

une ou plusieurs comorbidités, avec une moyenne de 4.0 comorbidités pour chacun de ces décès, et que dans seulement 6% des décès, la COVID-19 était la seule cause de décès;

86. En ce qui concerne les milieux de vie dans lesquels les décès reliés à la COVID-19 sont survenus, les données disponibles compilées par l'**INSPQ** en date du 17 mai 2021 sont les suivantes quant au nombre de décès dans chacun des divers milieux:

- Ressources intermédiaires et autres: 569 décès;
- Domiciles et inconnu: 2388 décès;
- Résidence privée pour aînés: 2310 décès;
- CHSLD et Unités de soins en centres hospitaliers: 5684 décès.

87. Les décès en résidences privées pour aînés comptent donc pour 21 % des décès et les décès en CHSLD et unités de soins en centres hospitaliers (qui sont sous le contrôle du **Gouvernement**) comptent pour 51,4% des décès (sur un total de 11 050 décès en date du 17 mai 2021), pour un total de 72,4 % des décès dans ces milieux de vie;

88. Concernant les décès survenus dans les CHSLD en lien avec la COVID-19, il est important de faire état de ce que le défendeur **Arruda** a

⁴ https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm

mentionné à ce sujet dans le cadre d'une conférence de presse tenue en date du 22 avril 2020 :

« Je voudrais aussi vous rappeler qu'à chaque année, en temps ordinaire, il y a environ 1 000 personnes par mois qui meurent dans les CHSLD. Et, dans le fond, il faut comprendre que des décès actuels qu'on comptabilise, associés au COVID-19, seraient survenus malgré la situation. »

tel qu'il appert d'un extrait de ladite conférence dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-39**;

a D'ailleurs, à ce sujet, il est important de mentionner que dans un rapport intitulé «Rapport d'étape du protecteur du citoyen – La Covid19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie», dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-40** le Protecteur du citoyen a conclu à ce qui suit:

« CONCLUSION

91. Au Québec durant la première vague, l'on a assisté non seulement à l'exceptionnelle mise en place d'un confinement général, mais aussi à l'essoufflement du modèle actuel d'hébergement des personnes âgées vulnérables.
92. Il est apparu évident que les moyens, dans plusieurs milieux de vie et dans le système de santé, n'étaient pas à la hauteur pour assurer le respect des personnes hébergées. Il est question ici du respect de leur dignité, de leur besoin de recevoir des soins personnalisés et de leur désarroi en l'absence des personnes qui leur sont chères.
93. À l'inconnu que représentait la COVID-19 s'est ajouté le portrait maintes fois repris de personnes fragilisées par leur grand âge et la maladie, laissées à elles-mêmes dans un contexte d'hébergement à bout de ressources.
94. Le présent rapport est issu, entre autres, de la parole de personnes qui ont tous et toutes été victimes, à des degrés divers, de la défection de trop nombreux CHSLD par rapport à leur mission de « milieu de vie ».
95. Considérant ce que la pandémie nous a enseigné, aucun retard n'est maintenant acceptable dans les décisions qui permettent de passer à l'action afin que les droits et la dignité des personnes vivant en CHSLD soient respectés. »

le contenu et les conclusions de ce rapport démontrant clairement que la mauvaise préparation et gestion du Gouvernement dans les CHSLD, tant avant que pendant l'épisode épidémique du printemps 2020, est responsable de l'hécatombe qui y est survenue en lien avec la COVID-19 ;

89. Au sujet de la classification des décès en lien avec la COVID-19, les demandeurs allèguent et soutiennent que le gouvernement du Québec a utilisé une méthode trompeuse et fallacieuse en incluant, dans le calcul du nombre des « décès COVID-19 », des décès dont la cause de mortalité étaient non pas exclusivement la COVID-19, mais également des décès de personnes décédées principalement d'autres causes, mais qui avaient été testées positives à la COVID19 ou qui avaient, peu avant leur décès, été en contact avec une ou des personnes testées positives, sans toutefois avoir été testées elles-mêmes, donc des décès de personnes qui ne sont pas décédées de la COVID-19, mais « avec la COVID-19 »;
90. Dans le cadre de diverses conférences de presse, les mis-en-cause **Arruda** et **Legault** ont émis des propos plus que surprenants concernant la façon de classer un décès comme étant un « décès COVID-19 » :

i) Conférence de presse du 14 avril 2020:

« M. Bellerose (Patrick): Oui, bonjour à tous.

Première question pour D' Arruda. La semaine dernière, ma collègue vous a demandé si les personnes âgées suspectées d'être décédées d'une COVID-19 étaient testées de façon systématique, et votre réponse, c'était: "C'est arrivé. Puis on a aussi des informations sur le terrain qui laissent croire que ce n'est pas fait de façon systématique. Ça nous porte à croire que le bilan des décès est forcément sous-évalué".

Donc, je voudrais savoir, est-ce que vous croyez que le bilan des décès de la COVID-19 est sous-évalué au Québec? Et pour quelle raison ce n'est pas dépisté de façon systématique?

D' Arruda (Horacio): Bon, il y a différentes raisons. Premièrement, je veux juste vous dire que ... et là je ne veux pas parler ... parce que je suis en train de faire vérifier les définitions de cas des autres provinces. Pour vous donner un exemple ... Juste pour vous donner un exemple comparatif, quand on parle de chaleur accablante au Québec et qu'on nomme des décès, souvent, on n'attend pas l'enquête du coroner à la fin pour savoir si c'est la cause principale. Pour des raisons de vigie et d'intervention, on compte ces cas-là. Alors, au Québec, on a des cas de façon significative et l'Ontario n'en a pas beaucoup parce qu'ils attendent la confirmation du coroner.

C'est vrai qu'il est possible qu'on n'ait pas testé tous les cas, mais on a une définition de cas maintenant qui implique ce qu'on appelle des cas en lien épidémiologique. Vous êtes dans un CHSLD, dans un étage où vous avez un cas ou deux qui ont été confirmés par laboratoire. Dans l'autre chambre d'à côté, vous avez un cas, il n'y a pas d'autre raison de décès comme telle ou on est presque sûrs que ... presque sûrs ... à un bon pourcentage que c'est du COVID-19, mais il va être un COVID-19 non testé, non confirmé par laboratoire, mais considéré comme un cas. Donc, ça, on en a. Et vous allez voir, dans des ... on peut voir qu'on en a de plus en plus, comme tels, parce qu'à ce moment-là, et on fait souvent ça dans des enquêtes, on ne teste pas tout le monde. On sait que la maladie circule. Actuellement, on n'est plus dans la saison de la grippe, puis etc. Donc, la probabilité que ce soit un cas est plus élevée, puis on ne le fait pas en termes de test de laboratoire.

Donc, est-ce que c'est possible que des gens soient décédés de la COVID-19 puis que, pour une raison x, y, z, ils n'aient pas été là? C'est vrai. Tous les systèmes ont toujours sous-estimé les décès. En Italie, on pense qu'il y a peut-être eu trois à 10 fois plus de cas de décès que ce qui a été rapporté parce que c'est normal, à un moment donné. Mais, quelque part, je vous dirais que, comparativement à d'autres provinces, par rapport à la quantité de tests qu'on fait, il y en a probablement. Ce serait presque impossible de penser qu'on n'en a pas échappé quelques-uns, mais pas de façon significative, dans le contexte aussi où on compte les cas qui sont associés, mais non confirmés par laboratoire. Il y a des fois aussi où, en post mortem, on n'est pas capables de le trouver, le prélèvement n'est pas adéquat, etc.

M. Legault: Je peux peut-être ajouter, là, comme ancien ministre de la Santé, le Québec a toujours eu la réputation d'être plus méticuleux que les autres États dans le monde. C'est vrai pour quand il y a eu des décès, certains étés, avec la chaleur accablante. On se demandait pourquoi on en avait plus au Québec qu'ailleurs. Bon, peut-être qu'ailleurs ce n'était pas tout déclaré. Je me rappelle aussi toute la question du nombre de suicides au Québec, bien, pourquoi on en avait plus qu'ailleurs? On s'est rendu compte, c'est parce qu'on faisait un suivi plus méticuleux qu'ailleurs. Donc, le Québec a toujours eu la réputation, comme on dit en québécois "d'être plus catholique que le pape". Donc, moi, je ne suis pas trop inquiet de ce côté-là. Ça se peut qu'on en ait échappé quelques-uns, mais je serais curieux de savoir, ailleurs, combien ils en ont échappé. » (Nos soulignés).

ii) Conférence de presse du 22 avril 2020 :

« **D^r Arruda (Horacio):** Écoutez, la question est bonne. Puis, si vous me permettez, c'était une des questions que je voulais vous parler. J'ai trois sujets à vous dire. Je voudrais vous parler des décès, je voudrais vous parler de l'invisible impact de l'arrêt et puis

la question des masques. Ça fait que je vais commencer par mes deux autres sujets, si vous me permettez, rapidement, puis je vais aller à votre réponse.

Très rapidement, je tiens à vous dire que, sans vouloir minimiser, absolument pas, les drames des décès puis des souffrances que ça entraîne dans les familles, là, je tiens à le dire, le Québec est sans doute, probablement, un des endroits au monde qui calcule le plus scrupuleusement les décès liés à la COVID-19. Faire des comparaisons entre les pays qui ne comptent pas de la même façon, c'est trompeur. C'est comme comparer des pommes, et des oranges, et pourquoi ne pas dire des bananes. La plupart des pays ne comptent pas les décès qui surviennent à l'extérieur de l'hôpital. Si on faisait ça, on serait un des endroits où on a le moins de décès. On aurait des très beaux résultats annoncés, mais ce serait trompeur. Il y a des pays qui ne comptabilisent pas ce qui se passe en CHSLD ou dans leurs réseaux pour personnes âgées, publics ou privés, parce qu'ils n'ont pas les systèmes. Puis, s'ils le comptabilisent, ils peuvent attribuer des fois la maladie à un autre facteur et non pas nécessairement au COVID-19.

Vous comprenez que nous, par exemple, si on a un lien épidémiologique ou dès que le COVID-19 peut être une cause, on le met comme étant la cause du décès, alors qu'ailleurs ça ne se fait pas. On n'a rien qu'à voir ce qu'on fait comme chaleur accablante. Dans des situations où on a de la chaleur accablante, alors qu'on a très peu de cas qui attendent les coroners ailleurs, nous, on les déclare pour des fins de vigie. Moi, je trouve qu'aussi il y a d'autres pays qui ne déclarent que les décès des personnes qui ont été testées. Ici, on compte les décès pour lesquels, je l'ai dit, il y a eu un lien épidémiologique, donc des cas qui n'ont pas été testés.

Je voudrais aussi vous rappeler qu'à chaque année, en temps ordinaire, il y a environ 1 000 personnes par mois qui meurent dans les CHSLD. Et, dans le fond, il faut comprendre que des décès actuels qu'on comptabilise, associés au COVID-19, seraient survenus malgré la situation. Ce n'est pas pour minimiser la chose, mais c'est parce qu'il y énormément de débats en disant qu'on cache des chiffres, qu'on essaie de camoufler, alors que, je peux vous le dire, on est d'une super grande transparence. On pourrait être plus scrupuleux. On aurait pu décider de ne pas mettre les liens épidémiologiques, mais on a décidé de le faire parce qu'on pense que c'est la réalité et c'est l'avenue la plus proche. » (Nos soulignés).

iii) Conférence de presse du 22 octobre 2020 :

« D' Arruda (Horacio): I may add something. It's well known that when you want to compare death rates in between countries, in between provinces, even if we have systems of detecting it, you know, the definition of cases, some doctors will associate the

disease first, as in Québec. Anytime somebody ... even if they die from a cancer or another disease, if they've got COVID-19, there's going to be count as COVID-19. That's not necessarily the case everywhere. And even if I give that orientation in Québec, compared to Ontario, in the field, things can be different.

So when you want to compare different death rates ... And it takes time because you die, the diagnosis can be changing, you know? It's not a pure diagnosis you get that day, and that's finished. Sometimes, you need to have an autopsy, sometimes they need to have tests, the tests are negative, so it's no more a case.

The only very good way to compare, it's to look at surmortality in a specific period. And that's true for France, that's true for ... And the systems are not the same sensibility. Even if you got the ... case definition, in fact, the sensibility or specificity can be very different for one place. And to be able to compare, because we cannot make sure that those differences are what they are, we are looking for surmortality.

And what I'm saying that we're going to see, perhaps Québec has more, but perhaps the level is less than what we think because we have ... It's like we do that for, I would say, heat waves in summer, OK? Some provinces wait to have the report of the coroner, and we, as soon as there is a death in those periods, we calculated as heatwave symptoms. So you're going to see big numbers in Québec compared to other provinces. I'm not telling that it's not true, but that's the way ... and you will see those data being published in the next months.

M^r Legault: And I would add that maybe, in a way, the differences coming from Québec ... Because I know we've discussed that last spring, and I remember, it was a long time ago, when I was minister of Health, Québec has the reputation of putting more than less. It's true for all sickness. I remember a study about the deaths following the fact that the weather was too hot. We are very fast to say: It's because of that. I think it's correct, but we are ... "Comment qu'on dit ça: « plus catholique que le pape? »

(Une voix : ...)

M^r Legault: "More Catholic than the pope", in Québec, and we have this reputation since many, many years because I'm talking about when I was minister of Health Care. » (Nos soulignés).

ces extraits de conférences de presse sont dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-41**;

91. À la lumière de ce qui précède, les demandeurs allèguent et soutiennent que les décès reliés à la COVID-19 au Québec ont fait l'objet d'une classification trompeuse et, par conséquent, d'une inflation indue quant à leur nombre;

92. Or, le **Gouvernement**, depuis le mois de mars 2020 et, encore aujourd'hui, utilise le nombre de décès liés à la COVID-19 à titre d'indicateur pour justifier les mesures draconiennes et liberticides qu'il a mises en place et qu'il continue de maintenir en place par l'entremise de sa Loi 28, sans compter celles qu'il pourrait choisir de remettre en place, et ce, jusqu'au 31 décembre 2022 ou ultérieurement;
93. Les demandeurs allèguent et soutiennent que le **Gouvernement**, par l'entremise des mis-en-cause **Arruda** et **Legault**, a fait preuve de négligence et/ou d'aveuglement volontaire et a utilisé une méthode trompeuse et fallacieuse dans sa façon de calculer et de rapporter les décès attribuables à la COVID-19 et qu'ils ont utilisé des chiffres gonflés de décès en lien avec la COVID-19 afin d'affoler la population quant aux risques reliés à la COVID-19 et afin de mettre en place des mesures irrationnelles, injustifiées et déraisonnables, en plus de maintenir la population dans un climat général de peur;
- 93.1 Compte tenu de la façon dont le gouvernement a, depuis le mois de mars 2020 jusqu'à aujourd'hui encore, considéré et comptabilisé les « décès COVID-19 », les demandeurs allèguent et soutiennent que le chiffre de 11 050 décès rapportés en date du 17 mai 2021 par le **Gouvernement** en lien avec le COVID-19 est à sérieusement remettre en cause et que, dans les circonstances, notamment vu les propos tenus par les mis-en-cause **Arruda** et **Legault** lors des conférences de presse des 14 et 22 avril 2020 et du 22 octobre 2020, il appartient au **Gouvernement** de démontrer le nombre de personnes directement décédées de la COVID-19 (par opposition à « décédées avec la COVID-19 »), puisque les décès en lien avec la COVID-19 comptabilisés par l'INSPQ à ce jour ne peuvent pas être et/ou ne sont pas tous directement et/ou nécessairement dus à la COVID-19.
- 93.2 À cet égard, les demandeurs allèguent et soutiennent que la population du Québec est en droit et a intérêt à recevoir des informations exactes et fondées sur la science en ce qui concerne les décès directement causés par la COVID-19, alors que, jusqu'à maintenant, le **Gouvernement** a présenté à la population des chiffres de « décès COVID-19 » gonflés par des décès incluant des personnes décédées « avec la COVID-19 », alors que la cause réelle de décès était toute autre (comme, par exemple, un cancer, tel que l'a affirmé et admis le mis-en-cause **Arruda** lors de la conférence de presse du 22 octobre 2020, sur la simple base du lien épidémiologique ou d'un test positif), ce qui constitue une méthode totalement injustifiée et fallacieuse de comptabilisation des « décès COVID-19 » ;

93.3 Également, en ce qui concerne la question de la mortalité, il faut, avant toute chose, regarder s'il y a eu ou non une surmortalité en 2020 afin d'évaluer l'impact et la gravité réelle de la COVID-19 au niveau de la santé de la population en général. D'ailleurs, dans le cadre d'une conférence de presse tenue en date du 29 octobre 2020, le mis-en-cause **Arruda a** exprimé ce qui suit quant à la question de la surmortalité:

«So when you want to compare different death rates... And it takes time because you die, the diagnosis can be changing, you know? It's not a pure diagnosis you get that day, and that's finished. Sometimes, you need to have an autopsy, sometimes they need to have tests, the tests are negative, so it's not more a case.

The only very good way to compare, it's to look at surmortality in a specific period. And that's true for France, that's true for... And the systems are not the same sensibility. Even if you got the... case definition, in fact, the sensibility or specificity can be very different for one place. And to be able to compare, because we cannot make sure that those differences are what they are, we are looking for surmortality. »

tel qu'il appert de cet extrait de ladite conférence de presse dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-42** :

93.4 Pour le mis-en-cause **Arruda**, la surmortalité est donc la donnée vers laquelle il faut se tourner pour procéder à une réelle évaluation et comparaison dans le contexte d'une crise sanitaire comme celle que nous vivons en lien avec la COVID-19 ;

93.5 C'est d'ailleurs ce que le Dr Laurent Toubiana écrit dans son rapport produit au soutien des présentes :

« En épidémiologie, l'estimation de la surmortalité est utilisée pour évaluer l'impact d'un événement sanitaire. Par exemple, c'est cette méthode qui a permis d'évaluer la surmortalité lors de la canicule de 2003 en France [7]. La surmortalité est la différence entre le « nombre de décès observés » au cours d'une période d'étude (par exemple la période qui correspond au passage d'un événement sanitaire comme une épidémie) et le nombre de « décès attendus », c'est-à-dire le nombre de décès survenus au cours d'une période de référence. Cette valeur de référence s'obtient par la moyenne des valeurs observées sur plusieurs années (par exemple les 3 ou 5 dernières années corrigées des taux de mortalité de chaque année) pour des périodes équivalentes à la période d'étude. On calcule, pour ces périodes, les valeurs des intervalles de confiance pour tenir compte de leur variabilité. Un excès (ou un défaut) de mortalité est une valeur en dehors des bornes définies par l'intervalle de confiance.

La surmortalité toute (sic) causes confondues est l'un des moyens de mesure de l'impact d'un événement sanitaire. Il s'agit certes d'un moyen global qui ne donne pas dans la finesse mais il a plusieurs avantages. Tout d'abord, il s'affranchit des biais de confusion liés à la qualification de la cause du décès. Ainsi, la question se réduit à : un événement sanitaire majeur passe dans une population, combien de morts supplémentaires directs et indirects (..) va-t-il globalement provoquer à son passage ?

L'estimation de la surmortalité permet donc une mesure comparative avec d'autres événements du passé. L'autre avantage est que ces données sont beaucoup plus robustes et stables dans le temps (donc comparables grâce à des historiques longs) que les autres indicateurs cités plus haut : en résumé, les résultats obtenus avec ce type de données est (sic) beaucoup plus fiables pour mesurer l'impact. Encore faut-il prendre quelques précautions en considérant certains éléments tels que l'évolution des structures d'âge dans les populations. »

93.5 La surmortalité, toutes causes de décès confondues, constitue donc un moyen objectif et affranchi de biais permettant de réellement évaluer et de mesurer l'impact d'un événement sanitaire comme l'épidémie de la COVID-19;

93.6 Dans le cadre de son rapport, le Dr Toubiana a procédé à l'estimation de la surmortalité au Québec en 2020, toutes causes de décès confondues, par rapport à ce qui était attendu au niveau de la mortalité en 2020, et voici les conclusions auxquelles il en est venu :

- i) il n'y a eu aucune surmortalité en 2020 pour la classe d'âge des 50 ans et moins;
- ii) il n'y a eu aucune surmortalité pour 2020 pour la classe d'âge des 50 à 69 ans;
- iii) il y a eu une surmortalité légère en 2020 pour la classe d'âge des 70 ans et plus, soit 1211 morts supplémentaires par rapport à ce qui était statistiquement attendu comme nombre de décès en 2020, ce qui correspond à un taux d'excès de 2,23 %;
- iv) il y a eu une surmortalité très légère pour la population complète en 2020 avec un taux d'excès de 0,91% par rapport à ce qui était attendu, ce qui représente un total de 647 décès supplémentaires pour toute la population par rapport au nombre de décès qui étaient statistiquement attendus en 2020 pour toute la population, tous âges confondus et toutes causes de décès confondues;

94. À la lumière de ce qui précède, les demandeurs allèguent et soutiennent que la COVID-19 n'est pas une maladie dangereuse ou mortelle pour la très grande majorité de la population et que les risques et décès en lien avec cette maladie sont, dans la très grande majorité des cas, pour des personnes âgées de plus de 80 ans et vivant soit en CHSLD, soit en résidence pour personnes âgées, ainsi que des personnes atteintes d'une ou de plusieurs comorbidités;

94.1 À cet égard, voici ce que le Professeur Perronne conclut dans son rapport produit au soutien des présentes :

« Compte tenu de la mortalité induite par la COVID-19, mon opinion professionnelle et scientifique est que cette maladie ne constitue pas une menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente devant conduire à l'établissement d'un état d'urgence sanitaire quelconque. Compte tenu des études et des données désormais disponibles sur la population décédée de la COVID-19, mon opinion est également que la population âgée et/ou atteinte de comorbidités a constitué la presque quasi-totalité des personnes décédées. »

95. Par ailleurs, en date du 17 mai 2021, il y avait un nombre total de 484 hospitalisations en lien avec la COVID-19, dont 118 en soins intensifs et un total de 6 707 cas actifs identifiés en lien avec la COVID-19, ce qui représente un pourcentage de 0,078 % sur une population de 8 575 000 de personnes au Québec;

96. Avec de telles données, chiffres et statistiques, les demandeurs allèguent et soutiennent que l'on (...) était loin d'une situation de menace grave pour la santé de la population du Québec réelle ou imminente, justifiant le maintien de l'état d'urgence sanitaire, et, encore moins, le maintien des diverses mesures décrétées par le **Gouvernement** en lien avec la COVID-19, ainsi que la possibilité via la Loi 28 ou la LSP de remettre en place diverses mesures, et ce, jusqu'au 31 décembre 2022 ou ultérieurement;

97. Or, le **Gouvernement**, malgré des chiffres, données et statistiques qui ne justifiaient en rien le maintien d'un état d'urgence sanitaire en lien avec la COVID-19, s'est néanmoins entêté (...) à maintenir, encore jusqu'au 1^{er} juin 2022 (...), cet état d'urgence sanitaire et des mesures drastiques et liberticides à l'ensemble de la population du Québec sur la base du nombre de cas quotidiens de COVID-19 et sur la base du nombre d'hospitalisations en lien avec la COVID-19;

98.(...)___

99.(...)___

B. LE TEST PCR ET LE NOMBRE DE CAS POSITIFS

100. Dans le cadre de sa gestion de la COVID-19, le **Gouvernement** a adopté l'utilisation d'un test connu sous le nom de RT-PCR (ci-après: le « **test PCR** »);

101. Le **Gouvernement** utilise le **test PCR** comme outil de détection de la COVID-19 chez les gens comme s'il s'agissait d'un outil permettant de diagnostiquer si une personne est réellement infectée par (...) le SRAS-CoV-2/atteinte de la COVID-19;

101.1 Au soutien de la présente section portant sur les tests PCR, les demandeurs produisent une expertise du Dr Clare Craig, pathologiste, et du Dr Tanya Klymenko, PhD en biologie moléculaire et professeure titulaire à l'Université Sheffield Hallam, en Angleterre, laquelle expertise est dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-43** (ci-après le « Rapport Craig-Klymenko »);

102.(...) Selon l'inventeur (...) du test PCR, feu Kary Mullis, Ph.D et lauréat d'un prix Nobel de chimie en 1993, le test PCR a été développé pour être utilisé comme outil de recherche en laboratoire et n'a pas été conçu pour diagnostiquer la présence d'une infection ou d'une maladie chez une personne⁵;

103. Bien que le test PCR utilisé pour (...) le SRAS-CoV-2 identifie la présence de fragments viraux dans l'ADN, ce test ne donne aucune information précise quant à la présence d'un virus infectieux ou la présence de fragments viraux non-infectieux (virus-mort)⁷;

104. D'ailleurs, dans son manuel d'instructions concernant le test PCR pour le SARS-Cov-2 (ou 2019-n-CoV), le CDC énonce ce qui suit:

«Detection of viral RNA may not indicate the presence of infectious virus or that 2019-n-CoV is the causative agent for clinical symptoms.»

⁵ www.youtube.com/watch?v=rXm9kAhNj-4, cet extrait vidéo étant dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-45**. Voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 9.3. ⁷ Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 9.4.

[...]

This test cannot rule out disease caused by other bacterial or viral pathogens. »⁶

105. De plus, dans un document émanant du CDC, il est indiqué que le développement des tests PCR qui sont utilisés relativement à la COVID-19 a été effectué en l'absence d'un virus SARS-CoV-2:

« Since no quantified virus isolates of the 2019-nCoV are currently available, assays designed for detection of the 2019nCoV RNA were tested with characterized stocks of in vitro transcribed full length RNA (Ngene; Genbank accession: MN908947.2) of known titer (RNA copies/μL) spiked into a diluent consisting of a viral transport medium (VTM) to mimic clinical specimen. »⁷

- 106.(...) 22 chercheurs scientifiques ont demandé la rétractation d'un article publié en janvier 2020 et connu comme étant le "*Corman-Drosten Report*"⁸, dans lequel un groupe de scientifiques prétendaient avoir validé l'utilisation du test PCR pour (...) la détection du SRAS-CoV-2. Dans leur article, qui est dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-45**⁹.

107. Les 22 chercheurs scientifiques ont identifié 10 failles sérieuses dans le "*Corman-Drosten Report*", lequel établissait une méthodologie d'utilisation du test PCR pour identifier le SARS-CoV-2 en utilisant ce qu'ils appellent: "*theoretical genetic sequences of a closely related virus*". De toute évidence, la faille la plus sérieuse qui a été identifiée dans le "*Corman-Drosten Report*" était le fait qu'il était impossible de développer un test valable sans matériel viral et que l'utilisation d'un matériel viral décrit comme intimement lié "*closely related to*" n'était pas un substitut approprié. De plus, dans ce même article, il est mentionné que le test PCR ne peut distinguer un virus vivant et des fragments de virus mort;

⁶ Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 16.4.

⁷ Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 16.10.

⁸ Corman VM, Landt O, Kaiser M et al. "Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real time RT-PCR." *Euro Surveill* 2020 Jan;25(3):2000045.

⁹ <https://cormandrostenreview.com/report/>; voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 15.7.

108. Le **CDC** a indiqué dans un document relatif au test PCR que le rapport "*Corman-Drosten Report*" n'établissait pas la valeur Ct à laquelle un prélèvement est considéré positif ou négatif.¹⁰
109. Un autre sérieux et grave problème avec l'utilisation du test PCR comme outil de diagnostic de la COVID-19, alors qu'il ne l'est pas, est le fait qu'il a été démontré que ce test produit un taux très élevé de « faux positifs » chez des personnes qui ne sont pas infectées ou qui sont asymptomatiques (en bonne santé)¹¹;
110. En ce qui concerne le test PCR, la pratique courante est de rapporter le résultat de test de façon linéaire: positif ou négatif, sans référence à la « valeur Ct » et, par conséquent, sans considération de la charge virale qu'une personne peut avoir ou de son niveau de contagiosité, ce qui cause une inflation indue du nombre de personnes qui sont identifiées par les autorités comme posant un risque pour les autres;
111. En effet, un résultat positif suite à un test PCR ne veut pas dire qu'une personne est infectée (...) par le SRAS-CoV-2 ou atteinte de la COVID-19, qu'elle est malade ou contagieuse ou qu'elle représente un risque pour autrui. Un résultat positif veut tout simplement dire que la personne a subi un test PCR, dont le résultat est revenu « positif » sans plus, et non pas qu'elle est nécessairement infectieuse ou malade¹²;
112. Une étude publiée le 28 septembre 2020¹³, dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-46**, effectuée par un groupe de scientifiques/chercheurs portant sur les tests PCR en est arrivée aux conclusions suivantes:

*« it can be observed that Ct = 25, up to 70 % of patients remain positives in culture and that at Ct = 30 this value drops to 20 %. At Ct = 35, the value we used to report a positive result for PCR, <3 % of culture are positives. »;*¹⁶

¹⁰ Correlation Between 3790 Quantitative Polymerase Chain Reaction – Positives Samples and Positive Cell Cultures, Including 1941 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Isolates, <https://academic.oup.com/cid/advancearticle/doi/10.1093/cid/ciaa1491/5912603>; voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.14

¹¹ Rapport Craig-Klymenko aux sections 13, 14 et 17.

¹² Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 14.26.

¹³ <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1491/5912603> ¹⁶ Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.14.

113. En gros, cette étude conclut que:
- à un seuil de cycle (Ct) de 25, environ 70 % des échantillons sont sortis positifs (infectieux) dans la culture cellulaire;
 - à un seuil de cycle (Ct) de 30, 20 % des échantillons sont sortis positifs (infectieux) dans la culture cellulaire;
 - à un seuil de cycle (Ct) de 35, aucun des échantillons n'est sorti positif (infectieux) dans la culture cellulaire.
114. Il découle donc de cette étude que le pourcentage d'un échantillon indiqué comme étant positif après avoir été analysé à un seuil de cycle (Ct) de 35 soit réellement un vrai positif est de 3 % et que le pourcentage d'un échantillon revenant comme étant positif après avoir été analysé à un seuil de cycle (Ct) de plus de 35 soit réellement un vrai positif est nul¹⁴;
115. Cette étude a d'ailleurs reçu l'aval de la Cour d'appel de Lisbonne au Portugal dans une décision datée du 11 novembre 2020, dans laquelle la Cour a conclu qu'un résultat positif à un test PCR, dont le seuil de cycle (Ct) était inconnu, ne pouvait pas être utilisé comme preuve probante que la personne testée était réellement infectée par la COVID-19¹⁵;
- 115.1 Le **CDC** lui-même en est venu à la conclusion qu'il est très difficile de détecter un virus actif au-delà d'un seuil de cycle (Ct) de 33. Même le Dr Anthony Fauci a déclaré que les tests PCR sont inutiles et non fiables pour diagnostiquer la COVID-19 au-delà d'un seuil de cycle (Ct) de 35 ou plus, dans le cadre d'un podcast du 16 juillet 2020, intitulé: "This Week in Virology" :

"What is now sort of evolving into a bit of a standard is that if you get a cycle threshold of 35 or more that the chances of it being replication competent are minuscule [...] we have patients, and it is very frustrating for the patients as well as for the physicians, somebody comes in and they repeat their PCR and it's like 37 cycle threshold [...] you can almost never culture virus from a 37 threshold. So I think if somebody does come in with 37,38, even

¹⁴ Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.14.

¹⁵ <https://www.theportugalnews.com/news/2020-11-27/covid-pcr-test-reliability-doubtfulportugal-judges/56962> ; une traduction française de cette décision étant dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-47**.

*36, you gotta say, you know, it's just dead nucleotides, period. In other words, it is not a COVID-19 infection.*¹⁶

116. L'**OMS** elle-même a récemment déclaré ce qui suit concernant les tests PCR¹⁷ :

« Description of the problem: WHO has received user feedback on an elevated risk for false SARS-CoV-2 results when testing specimens using RT-PCR reagents on open systems.

As with any diagnostic procedure, the positive and negative predictive values for the product in a given testing population are important to note. As the positivity rate for SARS-CoV-2 decreases, the positive predictive value also decreases. This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV2 decreases as positivity rate decreases, irrespective of the assay specificity. Therefore, healthcare providers are encouraged to take into consideration testing results along with clinical signs and symptoms, confirmed status of any contacts, etc.

Users of RT-PCR reagents should read the IFU carefully to determine if manual adjustment of the PCR positivity threshold is necessary to account for any background noise which may lead to a specimen with a high cycle threshold (Ct) value result being interpreted as a positive result. The design principle of RT-PCR means that for patients with high levels of circulating virus (viral load), relatively few cycles will be needed to detect virus and so the Ct value will be low. Conversely, when specimens return a high Ct value, it means that many cycles were required to detect virus. In some circumstances, the distinction between background noise and actual presence of the target virus is difficult to ascertain. Thus, the IFU will state how to interpret specimens at or near the limit for PCR positivity. In some cases, the IFU will state that the cut-off should be manually adjusted to ensure that specimens with high Ct values are not incorrectly assigned SARS-CoV-2 detected due to background noise. »

tel qu'il appert d'un bulletin d'information de l'OMS intitulé « Nucleic acid testing (NAT) technologies that use real-time polymerase chain reaction

¹⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=A867t1Jblrs>. Voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.33.

¹⁷ <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users> .

(RT-PCR) for detection of SARS-CoV-2” date du 14 décembre 2020 dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-48**;

117. À la lumière de ce qui précède, il est clair et évident que le test PCR, qui est celui utilisé au Québec pour diagnostiquer la COVID-19, est inutile et non fiable (...) à cette fin.¹⁸ Ceci est d’autant plus vrai au Québec puisque les prélèvements effectués avec le test PCR sont analysés à un seuil de cycle (Ct) de 37, tel qu’il appert des instructions émises à cet égard par le Laboratoire de santé publique du Québec:

« Le résultat des analyses avec détection en temps réel est exprimé par une valeur de concentration treshold [CT]. Celle-ci représente le nombre de cycles d’amplification par PCR requis pour obtenir une émission de fluorescence détectable. Le signal de fluorescence dans l’échantillon est directement proportionnel à la quantité de produit PCR spécifique amplifié par la réaction. Un résultat est considéré comme positif lorsque la valeur de CT est égale ou inférieure à 37. La courbe d’amplification doit être d’ailleurs logarithmique et ressembler à celle de contrôle positif. Si la valeur de CT de l’échantillon contrôle négatif est inférieure à 37 pour une des cibles, tous les échantillons de la série devraient être analysés une deuxième fois pour le Mix en particulier [C et E] à partir de l’étape d’extraction des acides nucléiques. »

tel qu’il appert d’un document intitulé « Recherche du SRAS-CoV-2 par RT-PCR avec détection en temps réel » dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-49**;

116. Or, c’est notamment sur la base des résultats de ce test PCR que le **Gouvernement** gère encore présentement la situation relative à la COVID-19 et (...) a prétendu que nous avons été, à l’automne 2020 dans une « deuxième vague », qui n’était réellement qu’une vague de cas, comportant 97% de faux positifs, et a prétendu que nous avons été, à l’hiver 2021, dans une « troisième vague », qui elle aussi n’était qu’une vague de cas comportant 97% de faux positifs, (...) et a imposé (...) à l’ensemble de la population québécoise des mesures qu’il qualifie de « sanitaires » en vertu de l’article 123 de la **LSP**;

¹⁸ Voir rapport Craig-Klymenko aux sections 13 à 19.

117. Les demandeurs allèguent et soutiennent que, compte tenu des graves problèmes quant à la fiabilité du test PCR au niveau scientifique, plus particulièrement lorsque les échantillons prélevés sont analysés en fonction d'un seuil de 37 Ct pour déterminer la positivité d'un échantillon, comme cela se fait au Québec, le **Gouvernement** ne peut valablement utiliser le nombre de cas positifs à la COVID-19 comme indicateur ou boussole dans sa gestion de la situation relative à la COVID-19 afin de maintenir l'état d'urgence sanitaire puisqu'il se base alors sur un indicateur qui, au niveau scientifique, est trompeur, voire même fallacieux, puisque les « cas » détectés sont, pour la très grande majorité, voire même la quasi-totalité (lorsqu'on parle d'un pourcentage de faux positifs de 97% à un seuil CT de plus de 35) des « faux positifs » et non pas des gens malades, infectés et/ou contagieux;
- 117.1 Dans les circonstances, les demandeurs soutiennent et allèguent, sur la base de l'analyse et des conclusions contenues dans le Rapport Craig-Klymenko, qu'il est injustifié et non scientifiquement valable pour le **Gouvernement** de continuer d'utiliser le test PCR à titre d'outil de détection de la COVID-19.
- 117.2 (...) Le Gouvernement utilisait les résultats « positifs » découlant des tests PCR, qui sont encore utilisés de façon globale et généralisée auprès de la population, alors que les faux positifs sont à hauteur de 97% à un cycle de 37 Ct, pour continuer de maintenir en place des mesures liberticides totalement illogiques, injustifiées, incohérentes et disproportionnées, le tout sur la base de « cas positifs », alors que 97% de tels « cas positifs » sont des faux positifs, donc des gens non malades, non infectés et ne présentant aucun danger pour quiconque;
118. Compte tenu de ce qui précède, les demandeurs allèguent et soutiennent que force est de constater que le dépistage de masse qui est encore effectué au Québec en lien avec la COVID-19 par l'utilisation du test PCR donne lieu non pas à une épidémie de gens véritablement atteints de la COVID-19, mais à une épidémie de « cas positifs » qui, pour la grande majorité (97%), sont des « faux positifs », donc des gens qui ne sont pas malades ou infectieux;

B. HOSPITALISATIONS

119. Afin (...) de maintenir en place l'état d'urgence sanitaire et de continuer à justifier l'imposition des diverses mesures en lien avec la COVID-19, le

Gouvernement a invoqué (...) (...) le nombre d'hospitalisations relié à la COVID-19;

120. Or, depuis le 20 janvier 2021, le nombre d'hospitalisations relié à la COVID-19 est en baisse et, en date du 17 mai 2021, se chiffrait à 484 hospitalisations, dont 118 en soins intensifs;
121. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il (...) était injustifié (...), voire (...) qu'il était (...) fallacieux, pour le **Gouvernement** d'invoquer le nombre d'hospitalisations relié à la COVID-19 pour maintenir en place l'état d'urgence sanitaire et, de surcroît, les diverses mesures s'y rapportant, puisque le système hospitalier n'a jamais été, depuis mars 2020, sur le point de craquer ou de s'effondrer en lien avec la COVID-19 et est encore moins sur le point de le faire en date des présentes;
122. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il est de connaissance judiciaire qu'à chaque année, au cours de l'hiver, les hôpitaux du Québec subissent une (...) surcharge par rapport à d'autres moments de l'année. À cet égard, les demandeurs réfèrent à (...) des vidéos, dénoncées au soutien des présentes comme **pièce P-50**, dans (...) lesquelles on y voit des extraits de reportages télévisés des années antérieures à 2020 et 2021 faisant état du taux d'occupation dans les hôpitaux en hiver, taux d'occupation qui est semblable au taux ayant prévalu au cours de l'hiver 2020-2021, voire même supérieur pour certaines années antérieures à l'hiver 2020-2021. Ce que nous vivons en lien avec la COVID-19 ne diffère en rien de la réalité vécue au cours des années antérieures en ce qui concerne les hospitalisations et le taux d'occupation dans les hôpitaux. Au contraire, jamais, par le passé, la population québécoise ne s'est-elle vu imposer des mesures liberticides et contraignantes, telles que celles qui lui ont été imposées par le **Gouvernement** depuis le mois de mars 2020 (...) en raison des taux d'occupation des hôpitaux du Québec, lors des périodes de grippe saisonnière et autres maladies respiratoires, alors que la situation à ce niveau n'a pas été pire ni plus alarmante que par les années passées;
123. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'en aucun temps pertinent aux présentes, le système hospitalier québécois n'a-t-il été à risque de s'effondrer, de se rupturer ou de craquer, de telle sorte que des personnes pouvant avoir besoin de soins ne puissent être soignées; au contraire, ce sont plutôt les diverses mesures mises en place par le **Gouvernement** et la peur anxieuse véhiculée quasi quotidiennement par le **Gouvernement** et ses représentants qui ont fait en sorte que des milliers de personnes n'ont pu bénéficier des soins qu'elle requéraient

où ne se sont pas rendues dans les hôpitaux en raison de la peur injustifiée véhiculée par le Gouvernement relativement à la COVID-19;

124.(...);

125. Également, il y a plus de 15 ans, la Cour suprême du Canada, dans l'arrêt *Chaoulli*, a reconnu que le système de santé québécois limitait réellement l'accès aux soins;

126. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il est aberrant, voire même ubuesque, que l'État québécois, qui est reconnu pour limiter l'accès aux soins de santé, utilise, pour justifier des privations graves et flagrantes relativement aux droits constitutionnels des Québécois, l'appréhension d'un bris ou d'une rupture de services possible dans le système de santé québécois;

127. La réalité actuelle est que les hospitalisations en lien avec la COVID-19 se chiffrent à des niveaux bien inférieurs à ceux qu'ils étaient au printemps 2020 et que le système de santé ne s'est pas effondré ni n'a été près de le faire à cette période, de sorte que le Gouvernement ne peut valablement invoquer ce risque totalement hypothétique et sans fondement factuel comme motif pour continuer de priver les Québécois de leurs droits et libertés garantis par la *Charte canadienne* et par la *Charte québécoise*;

127.1 D'ailleurs, lors d'une conférence de presse tenue le 20 avril 2021, le mis-en-cause Legault a affirmé ce qui suit à la question d'un journaliste :

« M. Denis (Maxime) : Bonjour, messieurs. Monsieur Legault, quand vous dites que la moitié qui ont des symptômes n'y vont pas, est-ce que c'est comme ça qu'on peut expliquer la stabilité des cas à Montréal et Laval? C'est tout simplement que les gens n'y vont pas, se faire tester?

M. Legault : Non, parce qu'on voit une stabilité du nombre d'hospitalisations. Donc, si les gens devenaient vraiment malades, ils se rendraient à l'hôpital. Puis on voit que c'est stable du côté des hospitalisations. »

tel qu'il appert d'un extrait de ladite conférence de presse dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-51**;

128. À cet égard, il est important de mentionner que le 11 décembre 2020, l'INSPQ a publié une mise à jour des projections en lien avec les hospitalisations, affirmant que : « pour le Québec dans son ensemble, les projections suggèrent que, globalement, le nombre de lits désignés pour les patients COVID-19 devrait être suffisant au cours du prochain mois », tel qu'il appert dudit document dénoncé comme **pièce P-52**. Étrangement, dans ce même document, l'on s'inquiète d'une hausse de 32% des cas chez les 18 ans et moins, alors que cette tranche d'âge est peu susceptible aux hospitalisations en lien avec la COVID-19; à cet égard, il est important de mentionner qu'au Québec la probabilité qu'une personne qui a été testée positive à la COVID-19 ne soit pas hospitalisée est de l'ordre de 93,83% (Rapport Toubiana à la page 52);
129. Par ailleurs, il est ironique de constater que le **Gouvernement** n'a, en aucun temps, cherché à trouver des moyens alternatifs pour pallier aux problèmes chroniques du système de santé, dont il est le seul responsable par sa mauvaise gestion, notamment par de la sous-traitance ou la création d'hôpitaux privés ou d'établissements dédiés exclusivement à la COVID-19;
130. Au surplus, le **Gouvernement** n'a aucunement favorisé, ni ne favorise, encore aujourd'hui, une prise en charge active et précoce des personnes atteintes de la COVID-19 avec un protocole de traitements pouvant soigner la COVID-19 dans ses premières phases, (...) dont notamment l'hydroxychloroquine, qui avait déjà fait ses preuves dans plusieurs pays, dont notamment la France (principalement à l'IHU de Marseille, où travaille le professeur Didier Raoult), ainsi que l'Ivermectine, ce qui viendrait alléger toute pression que pourrait subir le système de santé en lien avec la COVID-19;
- 130.1 À ce sujet, les demandeurs réfèrent au Rapport Perrone, dans lequel il est *fait état, aux pages 34 à 50*, des traitements qui existent présentement pour soigner/prendre en charge la COVID-19 de façon préventive et/ou active et/ou précoce. Or, le **Gouvernement**, pour des raisons inexplicables, qui demeurent encore aujourd'hui obscures, ne préconise aucun de ces traitements qui permettraient de soigner des gens atteints de la COVID-19, ayant plutôt décidé de les bannir et/ou de les interdire dès avril 2020 (comme, par exemple, l'hydroxychloroquine et la vitamine D), tel qu'indiqué dans les documents suivants émanant du **Gouvernement**/autorités de la Santé publique :

- i) « Guide Covid-19 pour les médecins en CHSLD, version du 25 avril 2020 », lequel est dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-53** ;
 - ii) « COVID-19 – Particularités gériatriques, Guide de soins et revue de la littérature (version 2020-05-03) », lequel est dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-54**;
 - iii) « Guide pour la prise en charge médicale des résidents en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 – Mise à jour du 25 janvier 2021 », lequel est dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-55**;
131. À la lumière de ce qui précède, les demandeurs allèguent et soutiennent que le **Gouvernement** ne (...) pouvait valablement invoquer le nombre d'hospitalisations, incluant celles aux soins intensifs, afin de justifier le maintien de l'état d'urgence sanitaire jusqu'au 1^{er} juin 2022 et il ne le peut pas (...) non plus via sa Loi 28 ou par la LSP;

V. MESURES DE CONFINEMENT

132. Tel que précédemment exposé, à compter du mois de septembre 2020, le Gouvernement a procédé à un « reconfinement » du Québec par l'imposition de diverses mesures, telles que l'interdiction de rassemblements dans certains lieux publics, l'interdiction de rassemblements et de visites dans les domiciles et résidences privées, la fermeture des restaurants, bars, gyms, cinémas, etc., l'imposition d'un couvre-feu, etc.; (...)
- 132.1 Bien que des assouplissements aux diverses mesures de confinement aient été annoncés par le Gouvernement (...) lors d'une conférence de presse tenue le 18 mai 2021, les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il n'existait aucune justification de quelque nature que ce soit (...) pour maintenir l'état d'urgence sanitaire, et encore moins quelque mesure partielle de confinement que ce soit, (...) comme (...) le Gouvernement l'a fait (...) par la suite en imposant un nouveau couvre-feu à partir du 31 décembre 2021 jusqu'au 17 janvier 2022;
133. Les demandeurs allèguent et soutiennent que les diverses mesures de confinement (lockdown), sous quelque forme que ce soit ou de quelque nature que ce soit, ne sont pas scientifiquement justifiées dans le cadre de la gestion de la situation reliée à la COVID-19;

134. Au contraire, dans une étude publiée en janvier 2021¹⁹, le Professeur Ioannidis, ainsi que d'autres scientifiques, en sont venus à la conclusion que les diverses mesures de confinement qui avaient été imposées dans certains pays comme la France, l'Allemagne et l'Angleterre, lorsque la situation était comparée à des pays comme la Suède et la Corée du Sud où aucunes mesures de confinement n'avaient été mises en place, n'apportaient aucun bénéfice, ou très peu de bénéfices, dans le cadre de la gestion de la situation relative à la COVID-19, et que tout bénéfice revendiqué en lien avec de telles mesures était grossièrement exagéré, tel qu'il appert de l'extrait suivant tiré de ladite étude dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-56** :

«In summary, we fail to find strong evidence supporting a role for more restrictive NPIs in the control of COVID in early 2020. We do not question the role of all public health interventions, or coordinated communications about the epidemic, but we fail to find an additional benefit of stay-at-home orders and business closures. The data cannot fully exclude the possibility of some benefits. However, even if they exist, these benefits may not match the numerous harms of these aggressive measures. More targeted public health interventions that more effectively reduce transmissions may be important for future epidemic control without the harms of highly restrictive measures.»

134.1 D'ailleurs, lorsque la situation du Québec, (...) est comparée à celle de la Suède, où aucune mesure de confinement n'a été mise en place, de même qu'aucune obligation quant au port du masque, l'on constate qu'en proportion des populations respectives, le taux de mortalité est le même dans les deux territoires;

134.2 À cet égard, voici ce que le Dr Toubiana a écrit dans son rapport aux pages 44 et 45 :

« Avec un nombre d'habitants supérieur de 20% à celui du Québec, la Suède a eu plus de 2 fois plus de cas confirmés sur une période d'un an, entre le 24 février 2020 et le 24 février 2021. Lorsque l'on compare les taux d'incidence c'est-à-dire le nombre de cas rapportés aux populations, le rapport tombe à 1,88 soit un peu moins de 2 fois plus de cas.

¹⁹ https://www.researchgate.net/publication/348270406_Assessing_Mandatory_Stay-atHome_and_Business_Closure_Effects_on_the_Spread_of_COVID-19.

Une vision simpliste pourrait conduire à penser que le choix des autorités Suédoises de ne pas confiner a pénalisé sa population puisque que (sic) l'épidémie a généré environ 2 fois plus de cas confirmés. Cependant, la stratégie Suédoise était fondée sur une immunité collective naturelle. Cette immunité était facilement envisageable dans la mesure où la maladie est bénigne pour l'immense majorité de la population comme nous l'avons largement montré dans ce rapport. Ainsi, même si le nombre de cas confirmés (c'est-à-dire ayant un test positif) a été 2,3 fois plus important en Suède qu'au Québec, le nombre de décès rapporté à la population est exactement le même (Cf. Tableau 5).

La différence entre les 2 territoires est à peine 2 400 décès en valeur absolue, mais ces décès supplémentaires sont effacés dès lors que l'on rapporte les décès à la population. Ainsi le taux de mortalité (nombre de décès rapporté à la population) attribué au Covid-19 est exactement le même, 1,2 décès pour 1 000 habitants, pour les 2 territoires. Outre le fait que cette valeur soit très faible, le fait remarquable est qu'il est identique pour les 2 territoires alors que les stratégies de gestion de la crise ont été radicalement différentes.

Les responsables de la santé publique en Suède ont fait le choix de ne pas suivre les injonctions fondées sur des modèles annonçant une hécatombe catastrophique (par exemple 500 000 morts en France (6)). Dans la panique, les autorités de nombreux pays ou territoires ont appliqué des mesures de distanciation sociale stricte et de confinement et ont justifié a posteriori leur bien-fondé en faisant estimer le nombre de vies sauvées. Ainsi, le Directeur de la santé publique du Québec, le Dr Horacio Arruda s'est permis d'affirmer qu'entre 30 000 et 60 000 (vies)²⁰ avaient été sauvées au Québec pendant le premier épisode épidémique par l'impact que les mesures contraignantes avaient eu sur la transmission communautaire. (8).

Dans le cas où cette déclaration du Dr Arruda serait prise au sérieux, alors la Suède qui n'avait pas mis en place les mêmes mesures (de confinement, de fermeture de commerces) que le Québec, aurait dû avoir, théoriquement (selon le discours et le raisonnement du Dr Arruda), un nombre de morts supplémentaires compris entre 36 000 et 72 000 morts pour la même période (dans la mesure où la population de la Suède est 20% supérieure à celle du Québec). Or, rien de tel ne s'est produit; au contraire les 2 territoires ayant, comme nous l'avons montré (sic) plus haut, exactement le même taux de mortalité.

La stratégie de la Suède a été très controversée mais elle a été en réalité extrêmement efficace comme le prévoyait leurs

²⁰ Le mot « vies » est manquant dans le texte original de l'extrait et nous (...) l'avons ajouté pour les fins des présentes.

épidémiologistes. Cette stratégie dans le cadre de cette crise s'est montrée particulièrement judicieuse pour endiguer une épidémie à moindre coût social, sanitaire et économique. »

136. Par ailleurs, le mis-en-cause **Arruda** lui-même a admis, à plusieurs reprises, que la fermeture des restaurants n'était pas fondée sur des données ou science probantes²¹ et il est maintenant connu que la Santé publique n'a jamais recommandé la fermeture complète des restaurants et qu'une telle décision est une décision purement politique prise par le mis-en-cause **Legault**²²;

137. Il en est de même pour ce qui est du couvre-feu, lequel n'est aucunement basé sur quelque science que ce soit, de l'aveu même du mis-en-cause Arruda²³; ce dernier étant même allé jusqu'à dire ce qui suit dans le cadre d'une conférence de presse tenue le 11 mai 2021 :

« Quand on fait quand même des sondages l'Institut fait des sondages auprès de la population, là, par rapport au couvre-feu, indépendamment de ce qu'on peut dire, là, beaucoup de gens considèrent que le couvre-feu, c'est encore un élément important. Je veux juste vous dire, par rapport aux sondages qui ont été faits récemment. Et aussi, certains même pensent que les mesures ne sont pas assez restrictives. »

tel qu'il appert de l'extrait de la conférence de presse du 11 mai 2021 dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-60**;

137.1 Ces affirmations de la part du mis-en-cause Arruda constituent des aveux clairs que la mise en place d'un couvre-feu n'était pas basée sur quelque science que ce soit et que le **Gouvernement** a maintenu cette mesure en place sur la base de sondages populaires. De plus, il ressort de ce que le mis-en-cause a dit que le **Gouvernement** semble également gérer les questions des autres mesures mises en place sur la base de sondages populaires, notamment en fonction du fait que certaines personnes trouvent que les mesures en place ne sont pas assez restrictives. Une telle façon de penser et de faire est non seulement contraire à tous les principes de santé publique, mais démontre clairement que la gestion de la situation relative à la COVID-19 n'a plus rien de sanitaire, ni de scientifique, mais est plutôt clairement devenue une question strictement politique et stratégique pour le

²¹ Voir à ce sujet les extraits audio et vidéo de déclarations du mis-en-cause Arruda dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-57**.

²² Voir à ce sujet divers articles de journaux dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-58**.

²³ Voir à ce sujet les extraits vidéo de déclarations du mis-en-cause Arruda dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-59**.

Gouvernement, ce qui va à l'encontre non seulement de la lettre, mais également de l'esprit de la LSP;

138. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'en l'absence de science et de données probantes à l'effet que les mesures de confinement étaient justifiées afin d'adresser la situation relative à la COVID-19, de telles mesures étaient illégales et injustifiées et (...) la possibilité de les remettre en vigueur par la Loi 28 (P-78) ou la LSP devrait être immédiatement abolies(...) (...);

138.1 Non seulement les mesures de confinement n'avaient rien de scientifique et n'apportaient aucun bénéfice dans le cadre de la gestion de la situation se rapportant à la COVID-19, mais elles ont causé et continuent de causer des dommages qui sont largement supérieurs à tout bénéfice escompté (...);

138.2 En ce qui concerne les dommages collatéraux causés par les mesures de confinement, le Dr Ari J. Joffe, dans une étude/analyse publiée le 26 février 2021 intitulée « COVID-19 : Rethinking the Lockdown Groupthink. », en vient aux constats et conclusions suivants :

« The COVID-19 response has threatened to make, and likely has already made, several Sustainable Development Goals for the most vulnerable among us in low-income countries out of reach (78-82). The numbers involved are staggering, and in the millions. (Table 2). The response has had major detrimental effects on childhood vaccination programs, education, sexual and reproductive health services, food security, poverty, maternal and under five mortality, and infectious disease mortality (78-93). The effect on child and adolescent health will “set the stage for both individual prosperity and the future human capital of all societies (page 2)” (94). The destabilizing effects may lead to chaotic events (e.g. riots, wars, revolutions) (95, 96).

In high income countries, the collateral damage has also been staggering (Table 3), affecting visits to emergency departments and primary care for acute (e.g., myocardial infarction, stroke) and “non-urgent” (“elective” surgery, and cancer diagnosis and treatment) conditions, intimate partner violence, deaths of despair, and mental health (12, 97-112). Of excess deaths occurring during the pandemic in high income countries, 20-50% are not due to COVID-19 (62, 113-115). There was an unexplained 83% increase of 10,000 excess deaths from dementia in England/Wales in April, and an increase in non-COVID-19 Alzheimer disease/dementia deaths in the US, attributed to lack of social contact causing a deterioration in health and wellbeing of these patients (115,116).

(...)

The costs-benefits analysis is shown in Table 6, finding on balance the lockdowns cost a minimum of 5X more WELLBY²⁴ than they save, and more realistically, cost 50-87X more.”

138.3 Voici les tableaux 3 et 6 (Table 3 et Table 6) auxquels il est fait référence dans l'extrait ci-dessus mentionné :

Table 3

Effect of COVID-19 response	Some details
Delayed/avoided/disrupted medical care	<p>Visits to emergency departments for myocardial infarction or stroke declined in USA by $\geq 20-48\%$</p> <p>Delayed cancer care and "non-urgent" procedures</p> <ul style="list-style-type: none"> - weekly presentations with cancer diagnoses down 46% in USA and UK - 90% reduction in non-cancer surgeries in Ontario in March/April - surgery backlog in Ontario March 15 to June 13: 148,000; clearance time estimated to take 84 weeks - in Canada at least \$1.3 billion additional funding is required to return to pre-pandemic wait times for six procedures (CABG, cataract surgeries, hip and knee replacements, MRI and CT scans) within 1 year <p>Of excess deaths in high-income countries during pandemic, 20-50% are <i>not</i> from COVID-19</p> <p>Unexplained 83% increase (10,000 excess) deaths from dementia in England/Wales in April (lack of social contact causing a deterioration in health and wellbeing)</p>
Violence against women (household stress; disrupted livelihoods, social/protective networks, support services)	<p>Intimate Partner Violence: estimated effect from 3 months lockdown is 20% increase (> 15 Million additional cases)</p> <p>Female Genital Mutilation: 2 Million more cases over next decade</p> <p>Child Marriages: 13 Million more cases over next decade</p> <p>Increased police reports (France, UK, Ontario) and support line calls (China, Italy, Spain, Vancouver, Alberta) by 20-50%</p>
Deaths of despair (related to unemployment, and due to drugs, alcohol, and suicide)	<p>In USA alone: 68,000 (from 27,000-154,000) suicide deaths predicted</p> <p>Mental Health effects of 3 months (suicide, depression, alcohol use disorder, childhood trauma due to domestic violence, changes in marital status, social isolation): Years of Life Lost in USA 67.58 Million, Canada 7.79 Million, UK 13.62 Million, etc.</p> <p>Surge in Canada in opioid deaths (by 40-50%), alcohol consumption (by 19%), cannabis use (by 8%), tobacco smoking (by 4%), and suicidal thoughts.</p>

Table 6

Factor in World	Benefit	Cost
COVID-19 deaths	360M WELLBY	–
Recession	–	1.2B WELLBY
Unemployment	–	280M WELLBY
Loneliness	–	333M WELLBY
Disrupted health services, disrupted education, famine, social unrest, violence, suicide	–	Not counted
TOTAL	360M WELLBY	1.813B WELLBY
BALANCE		5X (minimum)–87X (maximum)

B, Billion; M, Million; WELLBY, wellbeing years. See text for details of the calculations. Maximum: benefit reduced in half; recession effect increased 12X, unemployment effect increased 3X, and still not counting the disruption of health services, education, life-span effects of loneliness, etc.

²⁴ Wellbeing Years.

138.4 Par ailleurs, les demandeurs réfèrent à l'expertise de santé publique préparée par la Dr Astrid Stuckelberger, datée du 21 mai 2021 (ci-après le « Rapport Stuckelberger », dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-61**, à la section 4.2.2 quant aux effets négatifs et délétères causés par les mesures de confinement, lesquels effets se sont fait sentir à tous les niveaux et dans tous les aspects de la vie des gens;

138.5 Les demandeurs allèguent et soutiennent, à la lumière de ce qui précède, que les mesures de confinement, quelles qu'elles soient, étaient injustifiées et non fondées sur la science et n'avaient pas leur place dans le cadre de la gestion crise sanitaire, étant, par ailleurs, plus dommageables que bénéfiques. Les demandeurs se permettent de référer à la « Déclaration de Great Barrington » (« Great Barrington Declaration »), à laquelle la Dr Stuckelberger fait d'ailleurs référence dans son rapport aux pages 112 à 114 (...), que les demandeurs se permettent de citer intégralement dans sa version française ci-dessous, vu l'importance des principes de santé publique qui y sont énoncés :

« En tant qu'épidémiologistes des maladies infectieuses et scientifiques spécialisés en santé publique, nous sommes inquiets des impacts physiques et mentaux causés par les politiques actuelles contre le COVID-19 et nous recommandons une approche alternative que nous appelons Protection focalisée (*Focused Protection*).

Que nous soyons de gauche ou de droite, et quel que soit notre pays d'origine, nous avons consacré nos carrières à la protection des populations. Les politiques actuelles de confinement produisent des effets désastreux sur la santé publique à court, moyen et long terme. Parmi les conséquences, on peut citer, entre autres, une baisse des taux de vaccination chez les enfants, une aggravation des cas de maladies cardiovasculaires, une baisse des examens pour de possibles cancers ou encore une détérioration de la santé mentale en général. Cela va engendrer de grands excès de mortalité dans les années à venir, notamment dans la classe ouvrière et parmi les plus jeunes. Maintenir les écoliers en dehors de l'école est une grande injustice.

Conserver ces mesures en attendant qu'un vaccin soit disponible causera des dégâts irréparables. Les couches sociales les moins favorisées seront les plus touchées.

Heureusement, notre compréhension du virus s'améliore. Nous savons que la vulnérabilité à la mort par le COVID-19 est plus de mille fois plus haute parmi les personnes âgées et infirmes que

chez les jeunes. En effet, pour les enfants, le COVID-19 est moins dangereux que bien d'autres maux, y compris la grippe.

L'immunité grandissant dans la population, le risque d'infection baisse pour tout le monde, y compris les plus vulnérables. Nous savons que toutes les populations vont finir par atteindre l'immunité collective, c'est-à-dire le point où le nombre de nouvelles infections est stable, et que ce processus peut s'accompagner (sans pour autant dépendre) de l'existence d'un vaccin. Par conséquent, notre objectif devrait être de minimiser la mortalité et le mal fait à la société jusqu'à ce qu'on atteigne l'immunité collective.

Une approche à la fois compassionnelle et prenant en compte les risques et les bénéfices consiste à autoriser celles et ceux qui ont le moins de risques de mourir du virus de vivre leurs vies normalement afin qu'ils fabriquent de l'immunité au travers d'infections naturelles tout en protégeant celles et ceux qui ont le plus de risques de mourir. Nous appelons cela la Protection Focalisée (Focused Protection).

Le fait d'adopter des mesures pour protéger les plus vulnérables devrait être le but central des réponses de santé publique au COVID-19. A titre d'exemples, les résidences pour personnes âgées devraient être dotées de personnel qui a acquis l'immunité et qui réalise fréquemment des tests PCR pour les autres membres du personnel et les visiteurs. Par ailleurs, la rotation du personnel devrait être la plus faible possible. Les personnes retraitées qui vivent chez elles devraient se voir livrer leurs courses à domicile. Quand c'est possible, elles devraient rencontrer les proches en plein air plutôt qu'à l'intérieur. Une liste de mesure complète et détaillée, incluant des approches pour les foyers comprenant plusieurs générations, peut être mise en œuvre. C'est largement dans la capacité et les prérogatives des professionnels de la santé publique.

Ceux qui ne sont pas vulnérables devraient immédiatement être autorisés à reprendre une vie normale. Des mesures d'hygiène simples, comme se laver les mains et rester chez soi si l'on est malade, devraient être pratiquées par chacun pour réduire le seuil de l'immunité collective. Les écoles et les universités devraient rouvrir pour des enseignements en présentiel. Les activités extrascolaires comme le sport devraient reprendre. Les jeunes adultes qui présentent peu de risques devraient travailler normalement plutôt que depuis chez eux. Les restaurants et les commerces devraient ouvrir. Les arts, la musique, le sport et les autres activités culturelles devraient reprendre. Les personnes qui présentent plus de risque peuvent participer si elles le souhaitent à ce processus tandis que la société dans son ensemble bénéficie de la protection ainsi conférée aux plus vulnérables par ceux qui ont construit l'immunité collective.

Cette déclaration a été rédigée et signée le 4 octobre 2020 à Barrington, aux États-Unis, par :

Le **Dr. Martin Kulldorff**, professeur de médecine à l'université Harvard, un biostatisticien et épidémiologiste spécialisé dans la détection et la surveillance du déclenchement des maladies infectieuses et l'évaluation de la sécurité des vaccins.

Le **Dr. Sunetra Gupta**, professeure à l'université d'Oxford, une épidémiologiste spécialisée en immunologie, dans le développement de vaccins et la modélisation mathématique des maladies infectieuses.

Le **Dr. Jay Bhattacharya**, professeur à l'École Médicale de l'université de Stanford, un médecin, épidémiologiste, économiste de la santé et expert en santé publique spécialiste des maladies infectieuses et de leurs effets sur les populations vulnérables. »²⁵

139. Par ailleurs, les demandeurs allèguent et soutiennent que le système d'alertes régionales et d'intervention graduelle à 4 paliers mis en place par le **Gouvernement** afin de gérer la situation relative à la COVID-19 et l'imposition des diverses mesures, dont les mesures de confinement mentionnées aux présentes, n'était fondé sur aucune science probante et était totalement injustifié, incohérent et arbitraire;

VI- COUVRE-VISAGE/MASQUE

140. Les demandeurs allèguent et soutiennent que l'imposition du port du couvre-visage/(masque) à la population générale, et plus particulièrement aux enfants fréquentant les établissements scolaires, est irrationnelle, illégale, abusive, disproportionnée et non supportée par la science, en plus d'être inconstitutionnelle et de porter atteinte aux droits à la vie et à la sécurité de la personne prévus à l'article 7 de la *Charte Canadienne* et aux droits à la vie, à la sécurité et à l'intégrité de la personne prévus à l'article 1 de la *Charte québécoise*, une telle atteinte ne pouvant se justifier dans le cadre d'une société libre et démocratique, notamment, vu l'absence de preuves scientifiques probantes démontrant l'efficacité du port du masque/couvre-visage quant à la limitation de la transmission du SARS-COV-2 et vu les effets nocifs et indésirables se rapportant au port du couvre-visage/masque pour toute personne, plus particulièrement pour les enfants;

²⁵ <https://nouscitoyens.ca/la-declaration-de-great-barrington/>

A. NON-RECOMMANDATION DU PORT DU MASQUE

141. (...);

142. Le 4 mars 2020, dans le cadre de l'émission: « *Les Francs-Tireurs* », le mis-en-cause **Arruda** a émis les propos suivants quant au port du masque:

« Les gens ont l'impression que les masques vont les protéger. Les masques, c'est bon pour la personne qui est malade, pour empêcher qu'elle contamine d'autres personnes, mais si vous portez un masque toute la journée, un, ce n'est pas confortable, deux, c'est sûr que vous allez faire des affaires comme ça et vous allez vous passer la main de même, vous allez la mettre ... Mais je vais vous dire, vous allez avoir touché des zones contaminées. Le masque donne une impression, une fausse impression de protection, parce qu'on le voit, mais on ne les voit pas, les microbes dans la main. » (Nos soulignés).

_____ tel qu'il appert d'une vidéo dénoncée au soutien des présentes comme pièce **P-62**

143. Dans une présentation vidéo diffusée le ou vers le 18 mars 2020, le défendeur **Arruda** a affirmé ce qui suit :

« On me pose souvent la question : « Dois-je porter un masque toute la journée ? » Le masque n'est pas un moyen majeur de prévention des infections dans la communauté. Le masque est réservé particulièrement dans un épisode de soins. Le patient malade va recevoir un masque pour ne pas qu'il contamine les autres et le médecin et le professionnel de la santé ou l'infirmière qui vont examiner le patient vont porter le masque, mais d'une façon protocolarisée, c'est-à-dire, que ça se fait dans un contexte très court et il y a toujours la chose la plus importante, qui est le lavage des mains. Si vous voulez prévenir les infections, ce n'est pas en portant un masque autour de vous, en touchant des objets, en jouant avec le masque, en le portant à vos yeux et à votre nez que vous allez vous protéger. Dans les faits, si vous voulez vous protéger, c'est pas le masque qui est important, lavez-vous donc les mains! (nos soulignés) »

tel qu'il appert d'une vidéo dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-63**;

144. Dans le cadre de diverses conférences de presse, le mis-en-cause **Arruda** a tenus les propos suivants quant au port du masque:

i) Conférence de presse du 18 mars 2020 :

« **M. Authier (Philip)** : And my «sous-question». M^r. Arruda, there's a lot of chaos over masks as well... You're saying masks are useless, right?

M. Arruda (Horacio) : In fact, masks are very important in the health care settings, you know? Masks won't protect you in the community because you will touch your mask, you will forget to wash your hands. And the only thing that you must... people remember, if you're not in a health care setting, if you're sick, perhaps a mask. And, if you are sick from coronavirus, the health care setting is going to give you a mask to put in your face for not contaminating things. The mask is OK when you use it in the health care procedures. You put it, you take it away without contaminating yourself and you wash your hands. You don't do that if you have a mask all day. Most of the people who would get a mask here, they will touch their mask, they will touch their eyes. So that's not a good thing. Wash your hands. It's important.

And we want to have masks, we want to protect, I would say, health care people and the patients too. But using a mask gives a false impression of security and, I think, it's more dangerous than washing your hands. I do prefer somebody who has no mask, washes his hands and understands the way it's transmitted. I'm going to the metro, I touch everything before I go... After I arrive at work, I wash my hands. So the virus I could have gotten in the metro is no more in my hands. But, if I got a mask, I think I'm protected, I touch things, and it's put in your face before...

I'm sorry. I'm just explaining it in a way that people understand. Have you seen somebody wearing a mask in the community and use it as a protocol in health care? No, because people... It's embarrassing, a mask. A mask will make your hands go over your face more sometimes. I did my show. Now, that's enough. I just want people to understand the principle. It gives a sense of false security. »

ii) Conférence de presse du 1^{er} avril 2020 :

« **M. Lavallée (Hugo):** Deuxième question, pour D^r Arruda. J'aimerais revenir sur ce que vous disiez hier concernant le port du masque par les gens sur la rue pour être sûr de bien comprendre parce que vous disiez hier ne pas pouvoir recommander le port généralisé du masque. Il y a plusieurs experts qui se sont exprimés dans les médias, qui étaient en désaccord avec vous. Il y a des données aussi du CDC, aux États-Unis, qui tendraient à démontrer qu'il y a beaucoup de gens qui sont porteurs du virus, qui n'ont pas de symptôme, mais qui peuvent le propager quand même. Donc, est-ce que c'est une recommandation qui est basée sur des données scientifiques ou davantage sur le contexte de pénurie actuelle? Et est-ce que c'est une recommandation que vous pourriez revoir?

M. Arruda (Horacio): Écoutez, je n'ai jamais dit que je ne le reverrais pas. J'ai toujours dit que ce que je dis aujourd'hui pourrait changer demain. Mais je tiens... Je suis allé faire des vérifications plus précises. J'ai demandé à nos experts de regarder ça aussi. Même le CDC ne dit pas que c'est des données probantes qui disent que c'est adéquat. Je ne sais pas si vous comprenez. Le niveau de protection d'un masque fait maison va dépendre de la qualité du tissu, comment il est ajusté, puis etc. Et ce que je dis tout le temps, c'est que ça ne peut pas remplacer les mesures d'hygiène.

Là, ce que je tiens à vous dire aussi, quelque part, c'est que, dans une... Puis ils parlent même pour protéger les «healthcare workers» et non pas dans la population en général, parce qu'il y en a qui ont extensionné, là... Si vous allez voir le texte du CDC, puis j'ai demandé à mes experts de le regarder... Là, dans les faits, même M. Trump a dit tantôt : On n'a qu'à prendre un foulard aussi, quelque part. Mais le foulard, s'il est contaminé, plein de sécrétions, il ne sert plus à rien, là, puis même il devient un concentré potentiel de virus, etc.

Ce que je suis en train de vous dire, c'est... Puis je sais qu'il y a un mouvement d'experts, là, de médecins qui amènent la chose. Mais, si on va regarder la science, O.K., la science, elle dit, là, que ça pourrait être une alternative s'il n'y a plus rien pour les travailleurs de la santé. S'il n'y a plus rien pour les travailleurs de la santé, moi, je tiens à vous dire que je préfère — avec un masque de procédure, ce n'est pas possible, mais avec les N95, par exemple — qu'on les restérilise que de leur dire : Mettez-vous un foulard dans le visage.

Ça fait que moi, je suis très confortable avec ma position que j'ai dite tantôt. Si quelqu'un porte le masque parce qu'il a peur ou, dans la communauté, qu'il veut se mettre un foulard, vous pouvez le

mettre. C'est sûr que, si vous toussiez, vous allez accumuler vos sécrétions. Mais faites attention à ne pas toucher à vos mains, oublier de les laver puis d'aller contaminer un endroit. Le masque de procédure n'est pas dans notre culture. On n'est pas habitués de porter ça. Puis on voit des photos de personnes, même des agents de police, qui vont porter le N95 ici. C'est très dur à porter, un N95. Un masque de procédure, après un certain temps, c'est dérangeant.

Donc, le CDC a fait cette recommandation, mais lisez bien les notes, là, allez voir le texte, parce que je suis allé le revoir, là, c'est pour les «health care workers», c'est dans un... «Health care workers», ça veut dire les travailleurs de la santé ou les personnes qui travaillent dans la santé. Ça offre une protection dont on ne peut absolument pas garantir... C'est-tu 10 %, 20 %, 30 %? Moi, je vous dis juste... C'est un élément qui a probablement plus d'effet, à mon sens, au point de vue perceptuel. Mais, s'il vient remplacer un lavage de mains rigoureux puis une étiquette respiratoire... Moi, je préfère quelqu'un qui tousse dans son coude, qui va se laver les mains, que quelqu'un qui va avoir un masque plein de sécrétions, dont il va mettre les mains... puis qui va toucher à quelque chose. Maintenant, vous faites votre choix. » (Nos soulignés).

iii) Conférence de presse du 4 avril 2020 :

« **M. Lacroix (Louis)**: Je vais maintenant poser une question, M. Arruda. Bon, je vous ai posé cette question un peu plus tôt, cette semaine, sur le port du masque dans la communauté. La CDC, aux États-Unis, le recommande maintenant. L'académie française de médecine également le recommande au grand public, tout en précisant qu'il ne faut pas que ce soient des masques destinés au personnel médical. Mais on parle entre autres de masques de tissus ou encore de foulards. Est-ce que vous maintenez l'opinion que vous aviez cette semaine ou est-ce qu'à votre avis il est temps que, dans la population générale, on commence à se couvrir le visage pour éviter d'envoyer des particules sur d'autres personnes qui ne seraient pas infectées?

M. Arruda (Horacio): Écoutez, je n'ai pas la vérité. J'essaie toujours de donner mes avis sur les données probantes. Et je pense que nos experts vont regarder encore tout cela. Par contre, si vous me permettez, dans le contexte actuel, ce que je peux vous dire, c'est que nos masques de procédure doivent être réservés, je vous dirais, aux personnes qui vont donner des soins et aux travailleurs

essentiels qui vont être en contact avec des personnes à moins de deux mètres pour leur donner des soins. Ça fait que, dans le contexte actuel, ça demeure la très grande priorité.

Et encore ce masque-là est utilisé dans un contexte qui est tout à fait contrôlé dans le soin et qui pourrait même être porté différemment. On va peut-être conserver les masques plus longtemps. Il y a des avis, là, qui vont apparaître dans la perspective de la santé publique actuelle, notamment parce qu'on est en transmission communautaire.

Pour ce qui est du masque dans la communauté, moi, ce que je vous dis, c'est que je considère encore qu'on ne peut pas faire l'économie d'un bon lavage de mains, puis etc. Mais, dans les faits, de porter un masque ou un tissu pour empêcher d'envoyer des gouttelettes, c'est comme quand on tousse, se mettre la main dans le coude, hein, ce n'est pas un masque, etc. Donc, ça pourrait avoir cet effet-là. Mais ce que je ne voudrais pas que ça fasse, c'est que ça donne l'impression que, parce que je porte un masque, que je suis protégé. Et la science, avec la généralisation du port du masque, soit dans la communauté pour prévention ou pas, nous donnera les réponses comme telles.

Mais dans le contexte actuel, je veux dire, je ne peux pas interdire quelqu'un de se faire un masque, surtout s'il a des symptômes, pour ne pas contaminer les autres. C'est une bonne chose, au lieu de tousser... Bon, mais faites attention à l'accumulation. Si ça devient humide, si on manipule mal ça, qu'on l'enlève puis qu'on contamine plein de choses autour, c'est comme si on avait pris notre coude puis qu'on l'aurait frotté... Voyez-vous? C'est ces éléments-là.

Et là la question de la... même le CDC... ils ont peut-être changé leur opinion, même le CDC reconnaissait que c'était une protection qui était de l'ordre peut-être de 30 % ou moins. Là, il faut comprendre aussi que ça va dépendre du tissu, comment qu'il est ajusté. Il y a plein de facteurs. Je ne suis pas en train de vous dire que c'est dangereux. Je vous dis juste que, pour les masques de procédure qu'on a, on veut les réserver pour ça. Puis on verra ce que les experts nous recommanderont, on va suivre ça de très, très près, et, comme je vous le dis, si ça va être ajouté pour les gens asymptomatiques. Puis, si jamais vous le portez, n'oubliez pas, le risque, qui est très important, c'est l'hygiène. Mais il ne faut pas avoir l'impression que le masque va nous protéger à tout prix ».(Nos soulignés).

iv) Conférence de presse du 6 avril 2020 :

«**Mme Senay (Cathy)**: Mr. Arruda or Mrs. McCann, when D^{re} Tam said earlier today that she is giving this advice to people to wear a mask in public spaces where distancing may be difficult, public transit as an example, she is referring to presymptomatic or asymptomatic carriers, that they are many. We don't know exactly how many. So that may be a trick, but then she has the same type of... you know, she wants people to take precautions. So are we going to see more masks in Québec, worn by different people?

M. Arruda (Horacio): May I, Mme McCann?

Mme McCann: Yes.

M. Arruda (Horacio): So, first of all, I'm part of the CCMOH of Canada, so we are working with D^{re} Tam, which is at the agency of Canada. So we are working. I've got the draft here, OK?

Yes, being so, what I want to say is that it doesn't change my position at all and I didn't say that it's not good at all. I just want to make sure, it's very important to understand that the proven things are staying home as much as possible, physical distancing, washing your hands, washing your hands, washing your hands. Even if you get a mask, you wash your hands, protecting the most vulnerable from infections and exposure to others and covering your cough with tissue or your sleeves. When you are going to put the mask for... the surgical masks are for health care workers, not for everybody in the city.

If you have a mask, it's not for protecting yourself, it's for protecting others, like, if you use a tissue, sneeze it, put it... wash your hands, wash your hands and wash your hands. And then, what you do? Then, if you have a mask, you're going to not spill it to others, but, be careful, if you have a mask, you touch it, you take it away, put that down, contaminated... put in your eyes, you're not helping yourself. OK? If you're sick... all over these things. But, for the ones who think they are going to be protected by the mask, that's not the case.

So it's like you can do it, especially if social distancing is not possible, for a short period of time... It's almost... very difficult to have a mask all the day, I think. If you want to be a champion, do it, and you are going to be in records of... I don't know, the book of the records.

So what I want to tell you is that if you want to get... keep it and go, you're sick, it's another way to do it. But don't think that it's going to protect you from other's infection. It must be very tight, it must have a good tissue; if it's humid, it's not working anymore. So I won't say : Don't use it. Use it, but be careful on not thinking it's protecting you. It's good for protecting others. And be careful for not touching everything and... because of your mask. You're going to be infected.

So it's what I'm saying. I'm not against, I'm signing and authorizing this proposition, but I want just people understand what does it mean.» (Nos soulignés).

les extraits de ces conférences de presse étant dénoncés comme **pièce P-64**;

145. Non seulement avant le décret du 13 mars 2020 déclarant l'état d'urgence sanitaire, mais également dans les semaines qui ont suivi, alors que la crise de la COVID-19 battait son plein au printemps 2020, le mis-en-cause **Arruda**, qui est le conseiller principal du **Gouvernement** (...) dans le cadre de la COVID-19, avait fortement déconseillé le port du masque, allant même jusqu'à dire que cela pouvait être dangereux pour l'autocontamination, que le masque donnait une fausse impression de sécurité et qu'il pouvait être difficile pour une personne de porter un masque toute une journée:

146. Le 5 juin 2020, l'**OMS** a publié un document intitulé : « Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 », dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P- 65** dans lequel on peut y lire ce qui suit:

« Effets bénéfiques/avantages potentiels

Dans le grand public, le port du masque par des personnes en bonne santé peut notamment présenter les avantages suivants : •risque potentiellement réduit d'exposition à des sujets infectés encore asymptomatiques ;

•stigmatisation potentiellement réduite des personnes portant un masque pour éviter d'infecter autrui (lutte à la source) et de celles qui s'occupent de patients atteints de la COVID-19 dans des contextes non cliniques ;

•impression donnée aux gens de contribuer à stopper la propagation du virus ;

•occasion de rappeler à la population les autres mesures à respecter (veiller par exemple à l'hygiène des mains, ne pas

se toucher le nez ou la bouche) – l'effet inverse étant toutefois aussi possible (voir ci-dessous) ;

- effets socioéconomiques potentiels. Face à la pénurie mondiale de masques chirurgicaux et d'équipement de protection individuelle, le fait d'encourager les gens à fabriquer leurs propres masques peut contribuer à l'initiative personnelle et à l'intégration communautaire.

(...)

Effets indésirables/inconvénients potentiels

Dans le grand public, le port du masque par des personnes en bonne santé peut notamment présenter les désavantages suivants :

- risque potentiellement accru d'autocontamination dû au fait de manipuler un masque facial puis de se toucher les yeux avec des mains contaminées ;
- autocontamination possible si un masque non médical humide ou sale n'est pas remplacé, favorisant ainsi la prolifération de microorganismes ;
- mal de tête et/ou difficultés respiratoires possibles selon le type de masque utilisé ; Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 : Orientations provisoires;
- lésions cutanées faciales, dermatite irritative ou aggravation de l'acné en cas de port fréquent et prolongé du masque ;
- difficulté de communiquer clairement ;
- sensation possible d'inconfort ;
- fausse impression de sécurité pouvant conduire à un respect moins scrupuleux des mesures préventives qui ont fait leurs preuves comme la distanciation physique et l'hygiène des mains;
- port du masque mal supporté, notamment par le jeune enfant;
- problèmes liés à la gestion des déchets ; l'élimination sauvage des masques peut entraîner une augmentation du volume des déchets dans les lieux publics, présentant un risque de contamination des préposés au nettoyage des rues et des risques pour l'environnement;

- difficultés de communiquer en cas de surdité et de dépendance de la lecture labiale ;
- désavantages et difficultés liés au port du masque éprouvés par les enfants, les personnes atteintes de troubles mentaux ou de déficiences développementales, les personnes âgées atteintes de déficiences cognitives, les asthmatiques ou les personnes souffrant d'affections respiratoires chroniques, les personnes ayant récemment subi un traumatisme facial ou une intervention chirurgicale orale ou maxillofaciale, ainsi que celles qui vivent dans un environnement chaud et humide. »

B. LE PORT DU COUVRE-VISAGE/MASQUE DEVIENT OBLIGATOIRE

147. Le 15 juillet 2020, le **Gouvernement**, alors que le nombre de cas et le nombre de décès en lien avec la COVID-19 étaient à leurs plus bas niveaux, a doublement fait volte-face en décrétant l'obligation du port du masque pour la population générale dans tous les lieux publics fermés par le **Décret 810-2020**;
148. Le 19 août 2020, le **Gouvernement** a décrété le port du masque obligatoire pour les enfants de 12 ans et plus dans les écoles par le **Décret 885-2020** ;
149. En septembre 2020, l'INSPQ a publié une étude intitulée: « Efficacité des méthodes barrières pour protéger contre la COVID-19 dans les environnements de travail et personnels: revue systématique de la littérature scientifique avec méta-analyses », dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-66**. Dans cette étude, l'INSPQ conclut ce qui suit quant au port du couvre-visage dans un contexte communautaire:
- « En l'absence d'étude de qualité suffisante sur l'efficacité du couvre-visage en contexte domiciliaire et en contexte communautaire et dans les milieux de travail autres que ceux de la santé, nous ne pouvons conclure sur son efficacité dans ces contextes. »*
- 149.0 Le 11 septembre 2020, le **Gouvernement** a adopté un décret dans lequel il est prévu que les personnes qui refuseront de porter un masque dans les lieux publics fermés seront passible d'une amende allant de 1 000,00\$ à 6 000,00\$, tel qu'il appert du **Décret 947-2020** dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-67**;

- 149.1 Le 30 septembre 2020, le **Gouvernement** a adopté un décret rendant obligatoire le port du masque lors des manifestations extérieures, tel qu'il appert du **Décret 1020-2020** dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-68**; par ce même décret, le Gouvernement a aboli l'amende prévue au **Décret 810-2020** pour l'exploitant d'un lieu public fermé quant à l'exigence du port du masque pour les gens du public ayant accès aux lieux publics fermés;
- 149.2 Le 7 octobre 2020, le **Gouvernement** a adopté un décret rendant le port du masque obligatoire partout dans les écoles secondaires en zone rouge, y compris dans les salles de classe et sur le terrain de l'école, tel qu'il appert du **Décret 1039-2020** dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-69**;
- 149.3 Le 5 février 2021, le **Gouvernement** a adopté un décret afin d'imposer le port du masque et/ou du couvre-visage au primaire pour les élèves de 5^e et 6^e année en tout temps dans les corridors et les aires communes-, (...) le port du masque de procédure pour tous les élèves du secondaire en tout temps dans l'école et sur le terrain de l'école, tel qu'il appert du **Décret 102-1021** dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-70**;
- 149.4 Le 5 mars 2021, un arrêté ministériel a été adopté afin d'imposer le port du masque de procédure pour les élèves du primaire en zone rouge en tout temps en classe, lors des déplacements et dans les transports scolaires, tel qu'il appert de l'**AM 2021-010** dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-71**;
- 149.5 Le 24 mars 2021, le **Gouvernement** a adopté un décret prévoyant que le couvre-visage imposé notamment dans les lieux de culte, dans les cinémas et pour les élèves du secondaire et de la formation professionnelle et de la formation générale aux adultes doivent être un masque de procédure, tel qu'il appert du **Décret 433-2021** dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-72** ;
- 149.6 Le 8 avril, la CNESST a introduit une nouvelle section au Guide des normes sanitaires en milieu de travail – COVID-19 prévoyant le port du masque médical en continu dans les milieux de travail, tel qu'il appert du document de la CNESST intitulé « Port du masque médical en continu en contexte d'apparition de variants » dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-73**;

149.7 Entre le 7 avril et le 14 avril 2021, 3 arrêtés ministériels ont été adoptés en lien avec l'imposition du port du masque dans certaines circonstances d'activités extérieures entre personnes n'habitant pas sous le même toit, tel qu'il appert des **AM 2021-023**, **AM 2021-025** et **AM 2021-026** dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-74** ;

150. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il n'existe, à ce jour, aucune étude valable qui a conclu, selon des données et/ou preuves probantes, à l'efficacité du couvre-visage/masque quant à la limitation de la transmission du SARS-COV-2 dans un contexte communautaire et/ou domiciliaire, et ce, tant pour les adultes que pour les enfants²⁶, de sorte que l'imposition du port du couvrevisage/masque était et est encore une mesure (...) non fondée sur la science, mais (...) plutôt une mesure politique de contrôle social qui n'a pas sa place dans une société libre et démocratique ;

150.1 Non seulement il n'existe aucune base scientifique valable pouvant justifier le port du couvre-visage/masque pour la population en général, mais le port du couvre-visage/masque comporte des effets nocifs et indésirables pour la santé des gens²⁷;

150.2 En ce qui concerne les effets nocifs et indésirables du couvrevisage/masque pour la population en général, les demandeurs réfèrent à une étude récente²⁸ qui a conclu à ce qui suit :

« On the one hand, the advocacy of an extended mask requirement remains predominantly theoretical and can only be sustained with individual case reports, plausibility arguments based on model calculations and promising in vitro laboratory tests. Moreover, recent studies on SARS-CoV-2 show both a significantly lower infectivity [175] and a significantly lower case mortality than previously assumed, as it could be calculated that the median corrected infection fatality rate (IFR) was 0.10% in locations with a lower than average global COVID-19 population mortality rate [176]. In early October 2020, the WHO also publicly announced that projections show COVID-19 to be fatal for approximately 0.14% of those who become ill— compared to 0.10% for endemic influenza —expected [figure] far lower than

²⁶ Voir le Rapport Perronne aux pages 14 à 21 et le Rapport Stuckelberger aux pages 82 et 83.

²⁷ Rapport Perronne aux pages 14 à 21 et Rapport Stuckelberger aux pages 82 à 87.

²⁸ Cette étude intitulée « Is a Mask that Covers the Mouth Free from Undesirable Side Effects in Everyday Use and Free from Potential Hazards? » est dénoncée au soutien des présentes comme **pièce P-75** : <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/4344/htm>.

On the other hand, the side effects of masks are clinically relevant.

In our work, we focused exclusively on the undesirable and negative side effects that can be produced by masks. Valid significant evidence of combined mask-related changes were objectified ($p < 0.05$, $n \geq 50\%$), and we found a clustered and common occurrence of the different adverse effects within the respective studies with significantly measured effects (Figure 2). We were able to demonstrate a statistically significant correlation of the observed adverse effect of hypoxia and the symptom of fatigue with $p < 0.05$ in the quantitative evaluation of the primary studies. Our review of the literature shows that both healthy and sick people can experience Mask-Induced Exhaustion Syndrome (MIES), with typical changes and symptoms that are often observed in combination, such as an increase in breathing dead space volume [22,24,58,59], increase in breathing resistance [31,35,60,61], increase in blood carbon dioxide [13,15,17,19,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,35], decrease in blood oxygen saturation [18,19,21,23,28,29,30,31,32,33,34], increase in heart rate [23,29,30,35], increase in blood pressure [25,35], decrease in cardiopulmonary capacity [31], increase in respiratory rate [15,21,23,34,36], shortness of breath and difficulty breathing [15,17,19,21,23,25,29,31,34,35,60,71,85,101,133], headache [19,27,29,37,66,67,68,71,83], dizziness [23,29], feeling hot and clammy [17,22,29,31,35,44,71,85,133], decreased ability to concentrate [29], decreased ability to think [36,37], drowsiness [19,29,32,36,37], decrease in empathy perception [99], impaired skin barrier function [37,72,73] with itching [31,35,67,71,72,73,91,92,93], acne, skin lesions and irritation [37,72,73], overall perceived fatigue and exhaustion [15,19,21,29,31,32,34,35,69] (Figure 2, Figure 3 and Figure 4).

Wearing masks does not consistently cause clinical deviations from the norm of physiological parameters, but according to the scientific literature, a long-term pathological consequence with clinical relevance is to be expected owing to a longer-lasting effect with a subliminal impact and significant shift in the pathological direction. For changes that do not exceed normal values, but are persistently recurring, such as an increase in blood carbon dioxide [38,160], an increase in heart rate [55] or an increase in respiratory rate [56,57], which have been documented while wearing a mask [13,15,17,19,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,34,35] (Figure 2), a long-term generation of high blood pressure [25,35], arteriosclerosis and coronary heart disease and of neurological diseases is scientifically obvious [38,55,56,57,160]. This pathogenetic damage principle with a chronic low-dose exposure with long-term effect, which leads to disease or disease-relevant conditions, has already been extensively studied and described in many areas of environmental medicine [38,46,47,48,49,50,51,52,53,54]. Extended mask wearing would have the potential, according to the facts and correlations we have

found, to cause a chronic sympathetic stress response induced by blood gas modifications and controlled by brain centers. This in turn induces and triggers immune suppression and metabolic syndrome with cardiovascular and neurological diseases.

We not only found evidence in the reviewed mask literature of potential long-term effects, but also evidence of an increase in direct short-term effects with increased mask-wearing time in terms of cumulative effects for: carbon dioxide retention, drowsiness, headache, feeling of exhaustion, skin irritation (redness, itching) and microbiological contamination (germ colonization) [19.22.37.66.68.69.89.91.92].

Overall, the exact frequency of the described symptom constellation MIES in the mask-using populace remains unclear and cannot be estimated due to insufficient data.

Theoretically, the mask-induced effects of the drop in blood gas oxygen and increase in carbon dioxide extend to the cellular level with induction of the transcription factor HIF ((...)hypoxia induced factor) and increased inflammatory and cancer promoting effects [160] and can, thus, also have a negative influence on pre-existing clinical pictures.

In any case, the MIES potentially triggered by masks (Figure 3 and Figure 4) contrasts with the WHO definition of health: “health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity”. [178].»

150.3 Les deux images/tableaux suivants tirés de l'étude précédemment mentionnée illustrent bien les effets nocifs et secondaires indésirables causés par le port du couvre visage/masque :

Figure 4. Unfavorable mask effects as components of Mask-Induced Exhaustion Syndrome (MIES). The chemical, physical and biological effects, as well as the organ system consequences mentioned, are all documented with statistically significant results in the scientific literature found (Figure 2). The term drowsiness is used here to summarize any qualitative neurological deficits described in the examined scientific literature.

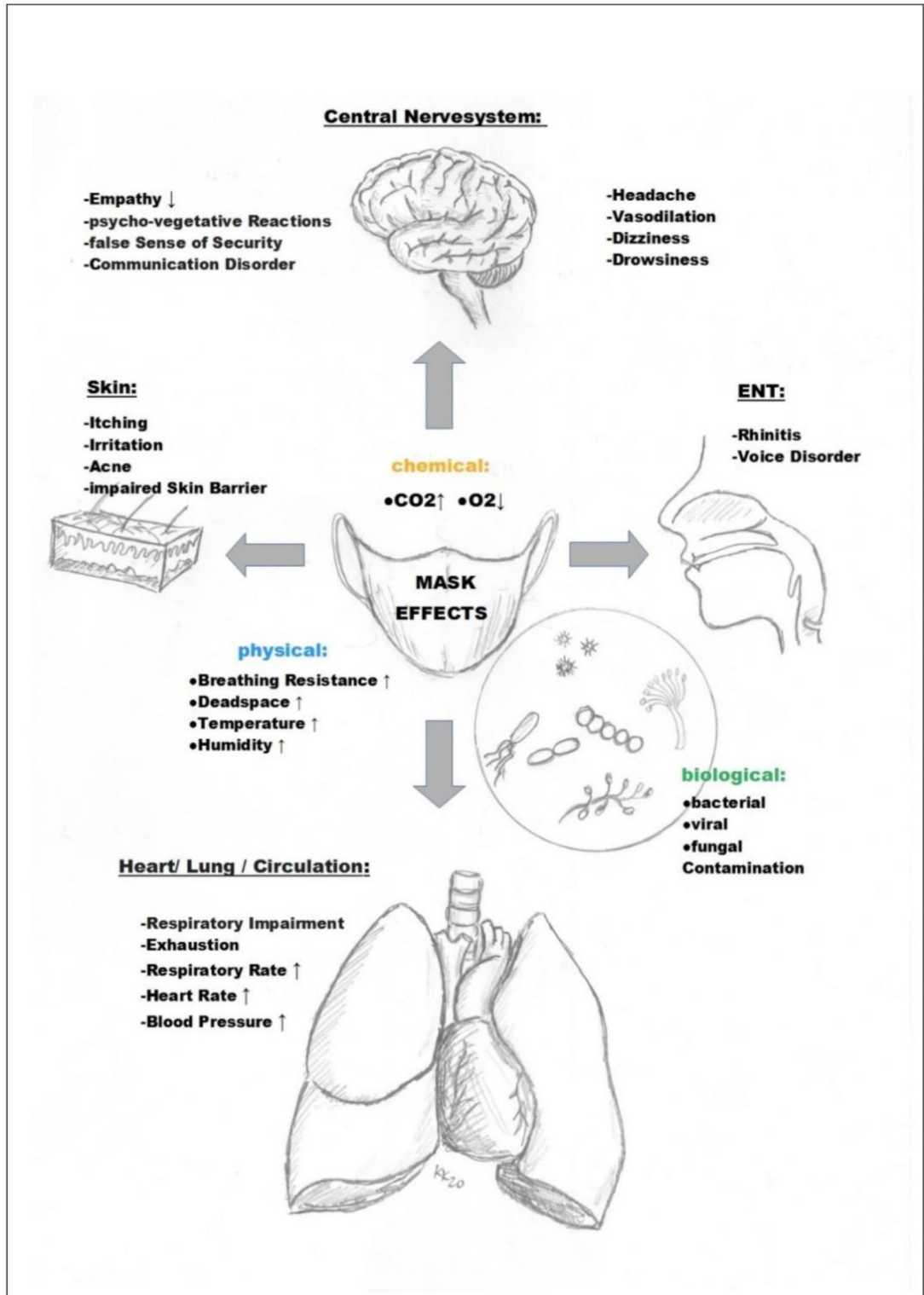


Figure 5. Diseases/predispositions with significant risks, according to the literature found, when using masks. Indications for weighing up medical mask exemption certificates.

Increased risk of adverse effects when using masks:		
Internal diseases	Psychiatric illness	Neurological Diseases
COPD	Claustrophobia	Migraines and Headache Sufferers
Sleep Apnea Syndrome	Panic Disorder	Patients with intracranial Masses
advanced renal Failure	Personality Disorders	Epilepsy
Obesity	Dementia	
Cardiopulmonary Dysfunction	Schizophrenia	
Asthma	helpless Patients	
	fixed and sedated Patients	
Pediatric Diseases	ENT Diseases	Occupational Health Restrictions
Asthma	Vocal Cord Disorders	moderate / heavy physical Work
Respiratory diseases	Rhinitis and obstructive Diseases	
Cardiopulmonary Diseases		Gynecological restrictions
Neuromuscular Diseases	Dermatological Diseases	Pregnant Women
Epilepsy	Acne	
	Atopic	

150.4 À la lumière de ce qui précède, il devient plus que clair que l'imposition du port du couvre-visage/masque ne présentait et ne présente aucun bénéfice pour la population en lien avec la limitation de la transmission du SARS-CoV-2, et que, au contraire, une telle mesure était néfaste et nocive pour les gens, de sorte qu'une telle mesure ne peut être considérée comme étant dans l'intérêt public et se doit d'être éliminée immédiatement dans les endroits où elle est toujours en vigueur en vertu de la Loi 28 (P-78) et le Gouvernement ne doit plus être autorisé à recourir à une telle mesure;

150.5 (...) Les demandeurs réfèrent au Rapport Perronne dans lequel le Professeur (...) écrit ce qui suit :

« De plus, les études probantes démontrent, à ce jour, l'absence d'efficacité du port du masque par toute la population comme outil préventif d'intervention à l'égard de la Covid-19, qu'il s'agisse de masques médicaux (masques de procédure) ou de masques en tissu, pour empêcher la transmission d'une infection virale, comme le SARS-CoV-2. En plus, ces études démontrent que le port du masque par la population générale comporte un risque d'auto-contamination et entraîne des conséquences physiques et psychologiques chez les gens.

Sans faits scientifiques nouveaux, et malgré les propos que le Dr Arruda avait tenus à l'encontre du port du masque en population générale depuis mars 2020, en juillet 2020, le gouvernement du Québec a décidé néanmoins d'imposer le port du masque dans les lieux publics fermés à des personnes asymptomatiques...

Ce qui précède démontre clairement que la décision du gouvernement d'imposer le port du couvre-visage n'a rien de scientifique, mais est une décision purement politique.

Comme on l'a vu, supra, l'OMS elle-même fait état de nombreuses contre-indications/risques quant au port du couvre-visage; quant aux bénéfices, l'OMS en mentionne peu, le plus notable étant le fait que le port du couvre-visage offre un sentiment de participer au ralentissement de la propagation du virus, ce qui, au niveau scientifique, ne constitue pas une protection quant à la Covid-19, mais seulement une impression de sécurité. »

VII- INCONSTITUTIONNALITÉ DES DIVERSES MESURES DÉCRÉTÉES ET MISES EN PLACE

151. Subsidiairement aux arguments ci-avant mentionnés, les demandeurs soumettent que les diverses mesures décrétées et mises en place par le **Gouvernement** depuis le 13 mars 2020 en lien avec la COVID-19, tant dans leur ensemble que prises individuellement, dans les divers décrets et arrêtés ministériels, sont inconstitutionnelles en ce qu'elles enfreignent certains des droits des demandeurs, de même que de la population en général, garantis par la *Charte canadienne* et la *Charte québécoise* et que ces atteintes et limitations ne peuvent se justifier dans une société libre et démocratique;

152. Les demandeurs demandent et ont intérêt, tant personnellement, qu'au nom de l'intérêt public, pour le passé, le présent et le futur, à réclamer que les mesures suivantes décrétés par le **Gouvernement** soient déclarées inconstitutionnelles :

i) les mesures touchant l'imposition du port du couvre-visage/masque/visière et les mesures de distanciation sociale;

ii) la suspension de toute activité sportive ou éducative;

iii) la fermeture des gymnases, des écoles d'arts martiaux, écoles de yoga;

iv) la fermeture des salles à manger des restaurants;

v) la fermeture des cinémas;

vi) l'interdiction ou les limitations des rencontres à domicile;

vii) l'interdiction ou les limitations des rassemblements;

viii) la désignation arbitraire d'activités comme la vente d'alcool et de drogue comme activités essentielles;

ix) l'annulation des événements culturels et sociaux par l'imposition de limites aux activités et au nombre de participants;

x) l'imposition d'un couvre-feu;

xi) l'imposition d'un passeport sanitaire.

A. DROITS ENFREINTS

I. Droits à la vie, à la sécurité, à la sûreté, à la liberté et à l'intégrité de la personne

153. L'article 7 de la *Charte canadienne* prévoit ce qui suit :

« Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

154. L'article 1 de la *Charte québécoise* prévoit ce qui suit :

« Tout être humain a droit à la vie, ainsi qu'à la sûreté, à l'intégrité et à la liberté de sa personne. »

155. Les mesures décrétées par le **Gouvernement**, notamment celles constituant une certaine forme de confinement, comme le couvre-feu, l'interdiction de rassemblements dans certains lieux publics et de rassemblements/visites dans les domiciles/résidences privés (...), ont porté (..) atteinte aux droits des demandeurs (...) à la liberté et à la sécurité de leur personne et elles ne doivent pas être rétablies par la Loi 28 (P-78) ou la LSP (...);

156.(...)

157. Également, l'obligation du port du couvre-visage ou du masque constitue, pour toute personne, y compris pour les demandeurs, une atteinte grave au droit à la vie, à la sécurité et à l'intégrité de la personne et ces mesures ne doivent pas être rétablies par le truchement de la Loi 28 (P-78) ou la LSP;

II. **Liberté de réunion pacifique** :

158. L'article 2c) de la *Charte canadienne* et l'article 3 de la *Charte québécoise* garantissent le droit à la liberté de réunion pacifique;
159. Les mesures gouvernementales interdisaient (...) (...) les rencontres en personne, y compris dans les domiciles/résidences privés, hormis les exceptions prévues aux décrets, portant ainsi gravement atteinte au droit de toute personne, y compris des demandeurs, de se réunir pacifiquement en tous lieux et en toutes circonstances, y compris la possibilité de visiter des membres de la famille et des amis;
160. La demanderesse Sonia Grewal, dont les entreprises œuvrent dans le domaine de l'hôtellerie et de la restauration, a subi les effets directs des restrictions imposées à la liberté de réunion pacifique à la population du Québec;

III. **Liberté de religion**

161. L'article 2a) de la *Charte canadienne* et l'article 3 de la *Charte québécoise* garantissent le droit à la liberté de religion;
162. Les mesures gouvernementales, qui limitaient de façon importante le nombre de personnes pouvant assister aux offices religieux dans les églises et autres lieux de culte religieux, ont porté gravement atteinte au droit à la liberté de religion et elles ne doivent pas être rétablies par le moyen de la Loi 28 (P-78) ou de la LSP;

IV. **Droit à la libre jouissance des biens**

163. L'article 6 de la *Charte québécoise* prévoit ce qui suit :
- « Toute personne a droit à la jouissance paisible et à la libre disposition de ses biens, sauf dans la mesure prévue par la loi. »
164. Les mesures gouvernementales de fermeture d'entreprises et de commerces ont porté atteinte (...) au droit de toute personne à la jouissance paisible et à la libre disposition de ses biens ;
165. Les mesures de fermeture, même partielle, ou de limitation des activités de toutes entreprises situées au Québec, qu'elles soient opérées par des individus ou des sociétés incorporées, portaient atteinte au droit de ces

entreprises, dont la demanderesse **Sonia Grewal**, de pouvoir jouir paisiblement et librement de leurs biens et mettaient sérieusement en péril la survie de milliers de ces entreprises et, par le fait même, mettaient en péril et/ou anéantissaient le fruit du travail, souvent d'une vie, des individus qui sont propriétaires de ces entreprises et ont appauvrirent financièrement ces individus, entraînant des répercussions psychologiques et/ou physiques ;

166. D'ailleurs, les mesures de fermeture d'entreprises ou de commerces ont déjà entraîné et continueront d'entraîner des centaines, voire même des milliers de faillites partout au Québec;
167. À la lumière de ce qui précède, il est clair que de nombreux droits et libertés fondamentaux des demandeurs, ainsi que de l'ensemble de la population québécoise, ont été et sont encore aujourd'hui brimés, violés, (...) bafoués, par les diverses mesures gouvernementales décrétées et mises en place en lien avec la COVID-19, certaines étant toujours en vigueur par la Loi 28 (P-78) et d'autres pouvant être rétablies à tous moments; Étant donné la vitesse à laquelle les décrets sont adoptés et changés versus la vitesse à laquelle les tribunaux traitent ces dossiers, il est indispensable que ceux-ci préviennent la répétition des mesures qui ont porté atteinte aux droits fondamentaux des demandeurs et de l'ensemble de la population du Québec;

B. L'IRRATIONALITÉ ET LA NON-PROPORTIONNALITÉ **DES DIVERSES MESURES GOUVERNEMENTALES**

168. Une fois la preuve que certaines des droits des demandeurs, ainsi que des Québécois, sont brimés et violés par les mesures gouvernementales, il appartient au **Gouvernement** de démontrer que les atteintes ou limites dont ces droits font l'objet sont raisonnables et justifiées dans le cadre d'une société libre et démocratique;
169. Le **Gouvernement** doit donc démontrer que les mesures qu'il a édictées ont un lien rationnel à l'objectif recherché et que la mesure choisie est la moins attentatoire aux droits et libertés (test de l'atteinte minimale);
170. Les demandeurs allèguent et soutiennent que les diverses mesures gouvernementales mentionnées ci-dessus n'ont aucun lien rationnel avec quelque objectif que ce soit pouvant être recherché par le **Gouvernement** en lien avec la COVID-19 et que toutes ces mesures ne sont pas les moins attentatoires aux droits et libertés des demandeurs et

de tous les Québécois, dont les droits sont également violés par lesdites mesures;

171. Afin de déterminer si une mesure liberticide et portant atteinte à des droits et libertés constitutionnels et fondamentaux est raisonnable, encore faut-il analyser les raisons et motifs sous-jacents qui ont été avancés pour justifier une telle mesure;
172. Le but recherché par la LSP est de protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et ~~le~~ le bien-être de la population en général;
173. Les demandeurs allèguent et soutiennent que les diverses mesures gouvernementales mentionnées ci-dessus ayant porté et portant toujours atteinte aux droits et libertés constitutionnels et fondamentaux des demandeurs et des Québécois allaient et vont, tant collectivement qu'individuellement, à l'encontre des objectifs visés par la LSP;
174. Depuis le 13 mars 2020 (...), les mis-en-cause **Arruda** et **Legault** ont répété, *ad nauseam*, que l'objectif des mesures décrétées était de ralentir la propagation du virus du SARS-CoV-2 afin de ne pas surcharger le système hospitalier pour permettre à tous de pouvoir être bien soignés;
175. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'en aucun temps pertinent aux présentes le système hospitalier québécois n'a-t-il été à risque de s'effondrer, de se rupturer ou de craquer, de telle sorte que des personnes pouvant avoir besoin de soins ne puissent être soignées; au contraire, ce sont plutôt les diverses mesures mises en place par le **Gouvernement** et la peur anxigène véhiculée quasi quotidiennement par le **Gouvernement** et ses représentants qui ont fait en sorte que des milliers de personnes n'ont pu bénéficier des soins qu'elle requéraient ou ne se sont pas rendus dans les hôpitaux en raison de la peur injustifiée véhiculée par le **Gouvernement** relativement à la COVID-19;
176. La réalité actuelle est que les hospitalisations en lien avec la COVID-19 se chiffrent à des niveaux bien inférieurs à ceux qu'ils étaient au printemps 2020 et que le système de santé ne s'est pas effondré ni n'a été près de le faire depuis le 13 mars 2020 jusqu'à aujourd'hui (...), de sorte que le **Gouvernement** ne peut valablement invoquer ce risque totalement hypothétique et sans fondement factuel comme motif pour continuer de priver les Québécois de leurs droits et libertés garantis par la *Charte canadienne* et par la *Charte québécoise*;

177. Les mesures décrétées par le Gouvernement en lien avec la COVID19, même si elles devaient avoir un lien rationnel avec les objectifs visés, ce qui n'est pas admis mais expressément nié, ne portent pas minimalement atteinte aux droits et libertés constitutionnels et fondamentaux des demandeurs ci-dessus allégués, bien au contraire, mais sont plutôt disproportionnées et excessives dans les circonstances²⁹;
178. Il est maintenant clair et acquis que les mesures ont déjà occasionné et (...) continuent d'occasionner des dommages collatéraux dans toutes les sphères de la vie des gens et de la société, que ce soit au niveau physique, psychologique, financier, économique, social, familial, etc.³⁰
179. Ces dommages collatéraux dépasseront de loin tout bénéfice que lesdites mesures auront pu avoir pour la santé des gens (...);
180. Relativement à la question des dommages collatéraux, les demandeurs citent les propos tenus par deux scientifiques dans un article intitulé «Calling for benefit-risk evaluations of Covid-19 control measures» publié en février 2021 dans *The Lancet*, cet article étant dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-76**:

«We think government lockdowns cause substantial collateral health damage. For example, hospital admissions in the USA for emergency treatment of acute ischaemic strokes have been substantially lower in February–March, 2020, than in February–March, 2019, resulting in delayed treatment.

Compared with a historical baseline, UK nursing homes and hospices saw an increase in the number of deaths between February and June, 2020, associated with acute coronary syndrome (a 41% increase), stroke (a 39% increase), and heart failure (a 25% increase).

The situation is similar for patients with cancer. In German hospitals, cancer cases decreased during the first national lockdown between March 12 and April 19, 2020: by 13·9% for breast cancer, 16·5% for bladder cancer, 18·4% for gastric cancer, 19·8% for lung cancer, 22·3% for colon cancer, and 23·1% for prostate cancer, suggesting that cancers might have been undetected and untreated during this period. In England, hospital admissions for chemotherapy appointments have fallen by 60%, and urgent referrals for early diagnosis of suspected cancers have

²⁹ Rapport Stuckelberger aux pages 70 à 105.

³⁰ Rapport Stuckelberger aux pages 70 à 105.

decreased by 76% compared with pre-COVID-19 levels, which could contribute to 6 270 additional deaths within 1 year.

Delayed diagnosis and treatment are expected to increase the numbers of deaths up to year 5 after diagnosis by 7·9–9·6% for breast cancer, 15·3–16·6% for colorectal cancer, 4·8–5·3% for lung cancer, and 5·8–6·0% for oesophageal cancer.

Government restrictions are disrupting traditional means of support between friends and family members. Physical distancing and contact reduction are causing severe stress to many people and might increase the risk of suicide.

In a meta-analysis of the prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic, the prevalence of depression in the months of the pandemic up to May, 2020, was 33·7% (95% CI 27·5–40·6). Between April 22 and May 11, 2020, 795 (78·9%) of 1008 people aged 18–35 years in the USA reported symptoms of depression.

Further and stronger restrictions on physical and social contact could lead to a further increase in the prevalence of depression. We call on all scientists, public health officials, journalists, and politicians to weigh and consider the collateral damage from government COVID-19 control measures and their negative effect on many short-term and long-term health outcomes. While trying to control COVID-19, all aspects of physical and mental health need to be jointly considered. Other life threatening diseases are being neglected, and patients with these diseases should receive the same timely and appropriate medical treatment as patients with COVID-19. »³¹

180.1 Les demandeurs réfèrent également de nouveau à l'analyse du Dr Ari Joffe déjà mentionnée au paragraphe 138.2 ci-dessus à l'effet que les dommages collatéraux qui ont été causés et qui continuent d'être causés par les diverses mesures gouvernementales en lien avec la COVID-19 sont de loin supérieurs à tout bénéfice qui pourrait ou aurait potentiellement pu découler desdites mesures, ce qui démontre clairement et sans l'ombre d'un doute le caractère totalement injustifié et disproportionné desdites mesures;

181. Les demandeurs estiment important de citer les propos suivants qui ont été émis par le mis-en-cause **Arruda** dans le cadre d'une conférence de presse tenue en date du 22 avril 2020 alors qu'il parlait des

³¹ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00193-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00193-8/fulltext).

conséquences importantes pouvant découler des mesures de confinement imposées par le **Gouvernement** :

« Puis on ne peut pas maintenir une société enfermée comme ça, là. Il faut comprendre que le confinement a des effets pervers sur la santé mentale des gens, sur la violence qui peut être faite aux femmes, aux enfants, sur les dépressions, sur des questions d'anxiété puis de santé mentale, là. Puis il faut qu'une société fonctionne, sinon ça ne marche pas.

(...)

Puis je tiens à rassurer les gens, là, notre principale priorité demeure la santé, tout en pensant aussi qu'il faut être capable de rouvrir l'économie, ne serait-ce ... pas rien que pour des questions financières, pour des questions d'éviter d'autres drames, des suicides, des gens qui vont ... des divorces à cause de la situation économique, des problèmes de santé mentale, etc., là. Une société, ça fonctionne aussi en étant dans l'action. »

ces extraits de la conférence de presse du 22 avril 2020 étant dénoncés au soutien des présentes comme **pièce P-77**;

182. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il est maintenant temps que le **Gouvernement** revienne à la raison et tienne compte des effets graves et importants que causent ses mesures irrationnelles, illogiques, disproportionnées, excessives, (...) voire draconiennes, sur l'ensemble de la population et de la société car il en va du bien-être de tous;

182.1 Le fait que le **Gouvernement** ait, lors d'une conférence de presse tenue le 18 mai 2021, commencé des assouplissements quant à certaines mesures, dont les mesures de confinement et de restriction de visites et de contacts sociaux, ne change rien au fait que, malgré ces assouplissements, les diverses mesures maintenues en place portent tout de même atteinte aux droits et libertés des demandeurs déjà énoncés ci-dessus, et ce, sans justification, et continuent d'être irrationnelles, disproportionnées et arbitraires, de sorte que le **Gouvernement** ne peut invoquer de tels assouplissements afin de justifier les atteintes aux droits fondamentaux des demandeurs causées par les diverses mesures maintenues en place, d'autant plus qu'il les a reconduites pendant les Fêtes 2021-2022 et n'a levé l'état d'urgence sanitaire que le 1^{er} juin 2022, après avoir adopté la Loi 28 qui lui permet de conserver certaines mesures jusqu'au 31 décembre 2022, sans compter qu'il peut toujours invoquer de nouveau la LSP;

IV- LES CONCLUSIONS RECHERCHÉES

POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :

A. **ACCUEILLIR** la présente demande;

(...)

(...)

(...)

(...)

B. **DÉCLARER** inconstitutionnel l'article 119 de la Loi sur la santé publique permettant au conseil des ministres, par décret, pour une période de plus de 10 jours, de limiter les droits et libertés de la population en général;

C. **DÉCLARER** qu'il n'existait et n'existe pas de situation d'urgence sanitaire au sens de l'article 118 de la *Loi sur la santé publique*;

(...)

EN VERTU DE LA CHARTE QUÉBÉCOISE

D. **DÉCLARER** que, par ses décrets et/ou arrêtés ministériels nommés ci-dessus, le gouvernement du Québec a outrepassé les pouvoirs que la Loi sur la santé publique lui reconnaît de même que ses ministres qui composent l'exécutif et dont ils sont les fiduciaires;

E. **DÉCLARER** que ces décrets et/ou arrêtés ministériels et/ou leur exécution par les agents de l'État constituent une atteinte et/ou une menace grave aux droits et libertés de la personne, dont ceux des demandeurs, garantis par la Charte des droits et libertés de la personne, particulièrement aux articles 1, 3, 5, 7, 23 et 32.1;

F. **DÉCLARER** que cette atteinte et/ou menace dépasse les limites raisonnables et justifiables auxquelles les demandeurs étaient en droit

de s'attendre dans le cadre d'une société libre et démocratique selon les termes de l'article 9.1 de la *Charte des droits et libertés de la personne*;

G. DÉCLARER, en conséquence, nuls et inopérants tous et chacun de ces décrets et arrêtés ministériels, conformément aux dispositions prévues aux articles 49 et 52 de la *Charte des droits et libertés de la personne* qui permettent une telle réparation aux demandeurs, incluant la *Loi visant à mettre fin à l'état d'urgence sanitaire tout en prévoyant le maintien de mesures transitoires nécessaires pour protéger la santé de la population* (2022, ch. 15) ;

EN VERTU DE LA CHARTE CANADIENNE

H. DÉCLARER que, par ses décrets et/ou arrêtés ministériels nommés ci-dessus, le gouvernement du Québec et/ou ses ministres ont outrepassé les pouvoirs que la Loi sur la santé publique leur attribue et dont ils sont les fiduciaires;

I. DÉCLARER que ces mêmes décrets et arrêtés ministériels constituent une violation et/ou une menace grave aux droits et libertés de la personne, dont ceux des demandeurs, droits garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés*, particulièrement aux articles 2 c) et d), 4, 6 (2) a), 7, 8 et 15;

J. DÉCLARER que cette atteinte dépasse les limites raisonnables et justifiables auxquelles les demandeurs étaient en droit de s'attendre, dans le cadre d'une société libre et démocratique, selon les termes de l'article 1 de la *Charte canadienne des droits et libertés*;

K. DÉCLARER, en conséquence, nuls et inopérants tous et chacun de ces décrets et arrêtés ministériels, conformément aux dispositions prévues aux articles 24 (1) et 52 (1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui permettent une telle réparation aux demandeurs;

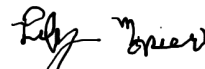
L. ORDONNER à la défenderesse Procureure générale du Québec de prendre tous les moyens raisonnables pour que tous les citoyens qui ont reçu une contravention par un agent de la paix en relation avec les mesures entourant la COVID-19 et qui ont payé l'amende soient remboursés;

M. (...) **DÉCLARER** inconstitutionnelles les mesures suivantes décrétées par le gouvernement en vertu de la *Loi sur la santé publique* en lien avec la COVID-19:

- i) les mesures touchant l'imposition du port du couvre-visage/masque/visière et les mesures de distanciation sociale;
- ii) la suspension de toute activité sportive ou éducative;
- iii) la fermeture des gymnases, des écoles d'arts martiaux, écoles de yoga;
- iv) la fermeture des salles à manger des restaurants;
- v) la fermeture des cinémas;
- vi) l'interdiction ou les limitations des rencontres à domicile;
- vii) l'interdiction ou les limitations des rassemblements;
- viii) la désignation arbitraire d'activités comme la vente d'alcool et de drogue comme activités essentielles;
- ix) l'annulation des événements culturels et sociaux par l'imposition de limites aux activités et au nombre de participants;
- x) l'imposition d'un couvre-feu;
- xi) l'imposition d'un passeport sanitaire.

MI. **LE TOUT** avec les frais de justice.

(...) Bolton-Est, (...) le 13 octobre 2022



LILY MONIER
Demanderesse

(...)

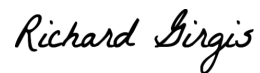
Québec, le (...) 13 octobre 2022



STÉPHANE BLAIS

Demandeur

(...) Rivière-Rouge, le (...) 13 octobre 2022



RICHARD GIRGIS

Demandeur

Rimouski, le (...) 13 octobre 2022



DENIS LARRIVÉE

Demandeur

Val-David, le (...) 13 octobre 2022



SONIA GREWAL

Demanderesse

TITLE	2022-10-13-Demande remodifiée de pourvoi en contrôle...
FILE NAME	2022-10-13-Demand...%20judiciaire.pdf
DOCUMENT ID	b29fe64f36d0222401bec3f295ce49b030823406
AUDIT TRAIL DATE FORMAT	MM / DD / YYYY
STATUS	● Signed

This document was requested from app.clio.com

Document History



SENT

10 / 14 / 2022
01:37:41 UTC

Sent for signature to Fondation pour la défense des droits et libertés du peuple (FDDL) (sblais@fddl.org), Lily Monier (lily.monier@gmail.com), Sonia Grewal (passifloravurt@gmail.com), Denis Larrivée (denislarry5@gmail.com) and Richard Girgis (richard.girgis@gmail.com) from bohemier.myriam@videotron.ca
IP: 96.20.238.125



VIEWED

10 / 14 / 2022
01:39:03 UTC

Viewed by Lily Monier (lily.monier@gmail.com)
IP: 72.11.185.144



SIGNED

10 / 14 / 2022
01:39:27 UTC

Signed by Lily Monier (lily.monier@gmail.com)
IP: 72.11.185.144



VIEWED

10 / 14 / 2022
01:47:08 UTC

Viewed by Fondation pour la défense des droits et libertés du peuple (FDDL) (sblais@fddl.org)
IP: 75.152.22.66

TITLE	2022-10-13-Demande remodifiée de pourvoi en contrôle...
FILE NAME	2022-10-13-Demand...%20judiciaire.pdf
DOCUMENT ID	b29fe64f36d0222401bec3f295ce49b030823406
AUDIT TRAIL DATE FORMAT	MM / DD / YYYY
STATUS	● Signed

This document was requested from app.clio.com

Document History



10 / 14 / 2022
01:49:10 UTC

Signed by Fondation pour la défense des droits et libertés du peuple (FDDLDP) (sblais@fddlp.org)
IP: 75.152.22.66



10 / 14 / 2022
02:03:18 UTC

Viewed by Richard Girgis (richard.girgis@gmail.com)
IP: 38.59.131.126



10 / 14 / 2022
02:05:36 UTC

Signed by Richard Girgis (richard.girgis@gmail.com)
IP: 38.59.131.126



10 / 14 / 2022
02:45:45 UTC

Viewed by Sonia Grewal (passifloravurt@gmail.com)
IP: 161.216.164.128






10 / 14 / 2022
02:46:59 UTC

Signed by Sonia Grewal (passifloravurt@gmail.com)
IP: 161.216.164.128

TITLE	2022-10-13-Demande remodifiée de pourvoi en contrôle...
FILE NAME	2022-10-13-Demand...%20judiciaire.pdf
DOCUMENT ID	b29fe64f36d0222401bec3f295ce49b030823406
AUDIT TRAIL DATE FORMAT	MM / DD / YYYY
STATUS	● Signed

This document was requested from app.clio.com

Document History

 VIEWED	10 / 14 / 2022 02:59:59 UTC	Viewed by Denis Larrivée (denislarry5@gmail.com) IP: 162.156.204.43
 SIGNED	10 / 14 / 2022 03:30:38 UTC	Signed by Denis Larrivée (denislarry5@gmail.com) IP: 162.156.204.43
 COMPLETED	10 / 14 / 2022 03:30:38 UTC	The document has been completed.