

CANADA  
PROVINCE DE QUÉBEC  
DISTRICT MONTRÉAL

COUR SUPÉRIEURE  
(Chambre civile)

Nº 500-17-117201-213

---

FRANCESCO PLATANIA, [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

-et-

WILLIAM THOMAS, [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

-et-

MARIE TRANQUILLE, [REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Demandeurs

c.

**PROCUREUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC** (Gouvernement du Québec, Conseil des ministres, et **Ministre de la Santé et des services sociaux**), direction du contentieux du ministère de la

Justice du Québec, ayant un établissement au Palais de justice de Montréal, au 1 rue Notre-Dame Est, bureau 8.00, à Montréal, province de Québec H2Y 1B6

-et-

**COMMISSION DES NORMES DE L'ÉQUITÉ DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL**, organisme gouvernemental ayant un établissement et un centre administratif au 1199 rue De Bleury, 12<sup>e</sup> étage, à Montréal, province de Québec, H3B 3J1

Défendeurs

---

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

**DEMANDE POUR INJONCTION PERMANENTE, INJONCTION  
INTERLOCUTOIRE ET INJONCTION INTERLOCUTOIRE  
PROVISOIRE ET POUR ORDONNANCE DE SAUVEGARDE**  
(Articles 25, 49, 142, 509 et ss. 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 TITRE D'AVIS EN VERTU DES  
ARTICLES 76 ET 77 C.P.C.**

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

**I- LES PARTIES**

**A. LES DEMANDEURS**

- i) **Francesco Platania**

1. Le demandeur Francesco Platania (ci-après « Platania ») est âgé de 47 ans et habite présentement [REDACTED]. Il est conjoint de fait et il est le père de 2 garçons : [REDACTED] ;
2. Dans le cadre des présentes, le demandeur Platania agit non seulement en tant que demandeur pour lui-même, mais également *ès qualités* de tuteur pour ses deux fils, [REDACTED], puisque ceux-ci sont encore d'âge mineur;
3. Le demandeur Platania est travailleur autonome en tant que « Neuromuscular Massage Therapist », « Corrective High Performance Exercice Kinesiologist » et naturopathe et il est en train de terminer un diplôme en médecine naturelle (« Doctorate of Natural Medecine »);
4. Lors de l'imposition du port du couvre-visage aux enfants du primaire dans les corridors et toilettes, dans les transports scolaires et pour se rendre en classe avant de s'asseoir, en février 2021, les deux fils du demandeur Platania fréquentaient l'école primaire [REDACTED]
5. Les deux fils du demandeur Platania étaient vraiment en colère du fait qu'ils devaient porter un couvre-visage à l'école, sauf en classe, et estimaient que cela les empêchait de respirer librement et les brimait dans leur capacité de s'exprimer;
6. À plusieurs reprises, [REDACTED] a mentionné au demandeur Platania qu'il se sentait opprimé et contrôlé par le fait de devoir porter un couvre-visage et qu'il ne se sentait pas libre, disant même qu'il était empêché de respirer l'air ambiant en raison du port du couvre-visage, alors qu'une telle chose fait pourtant partie des choses normales de la vie;
7. À plusieurs reprises, alors qu'il baissait son couvre-visage pendant quelques secondes dans l'autobus scolaire afin de pouvoir mieux respirer, [REDACTED] s'est fait réprimander par le chauffeur de l'autobus qui lui disait de remettre son masque sur le nez;
8. Les deux fils du demandeur Platania ont une déficience auditive modérée, pour laquelle le port d'appareils auditifs est requis.

Lorsque les deux enfants voyaient leur orthophoniste à l'école, ils devaient porter un couvre-visage et l'orthophoniste devait également en porter un; les sessions avec l'orthophoniste n'étaient pas très productives car les deux enfants devenaient rapidement fatigués et irrités et le port du couvre-visage faisait en sorte qu'ils ne pouvaient pas parler correctement ni entendre correctement ce que leur disait l'orthophoniste ou lire sur ses lèvres;

9. Les deux fils du demandeur Platania sont devenus très irrités, fâchés, voire même anxieux, de devoir porter un couvre-visage dans l'autobus, ainsi que partout à l'école, sauf une fois assis en classe, et étaient fâchés et tristes de cette situation lorsqu'ils revenaient de l'école et disaient que cela les empêchait de pouvoir s'exprimer librement;
10. Afin de minimiser les périodes de temps où les fils du demandeur devaient porter un couvre-visage, la conjointe du demandeur, qui travaille à la maison, a décidé de couper dans ses heures de travail et de les amener à l'école et d'aller les chercher à l'école, leur évitant ainsi de devoir porter un couvre-visage pour se rendre à l'école et en revenir;
11. Malgré cela, les fils du demandeur Platania revenaient de l'école constamment fâchés en raison du fait qu'ils devaient porter un couvre-visage dans les corridors et autres lieux communs, sauf lorsqu'assis en classe, et disaient que la vie à l'école n'était plus comme avant, qu'ils ne pouvaient plus voir le visage de leurs professeurs, ni bien les entendre parler et/ou lire sur leurs lèvres, et que plusieurs de leurs amis portaient déjà le couvre-visage même lorsqu'assis en classe en raison des peurs de leurs parents, malgré que le port du couvre-visage lorsqu'assis en classe n'était pas encore obligatoire pour les élèves;
12. Le 15 mars 2021, le demandeur Platania et sa conjointe ont pris la décision de retirer leurs deux fils de l'école, vu l'imposition du port du couvre-visage/masque pour les élèves du primaire en tout temps à l'école et ce, en raison des risques pour la santé, tant physique que psychologique, associés au port du couvre-visage/masque;
13. Depuis qu'ils ne fréquentent plus l'école, bien qu'ils ne voulaient plus aller à l'école en raison du fait qu'ils devaient y porter un couvre-visage, les fils du demandeur Platania ne sont pas non plus heureux de faire l'école à la maison car leurs amis leur manquent;



20. Le demandeur **Thomas** est travailleur autonome dans le domaine de la thérapie énergétique et de la géobiologie et est artisan de tambours;
21. [REDACTED] il a fréquenté l'école un jour sur deux en alternance à compter du mois de novembre 2020 en vertu des règles édictées par le Gouvernement du Québec, et en continu depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021 en vertu d'un changement de ces règles. À compter du mois de septembre 2020, il a dû porter le couvre-visage dans les transports scolaires et dans les lieux communs de l'école (corridors) et la cour de l'école, ainsi que pour se rendre en classe, le couvre-visage pouvant alors être retiré une fois assis à son pupitre; à compter du mois de janvier 2021, il a dû porter le couvre-visage et, par la suite, le masque de procédure en tout temps dans les transports scolaires, la cour de l'école, à l'intérieur de l'école, sauf pour manger lors de la pause du midi, ainsi qu'en classe, même une fois assis; depuis le 8 juin 2021, il n'a plus à porter le masque de procédure une fois assis en classe, mais il doit encore le porter dans les transports scolaires et dans les lieux communs de l'école, ainsi que pour se rendre en classe;
22. Le port du couvre-visage/masque a causé de nombreux effets et inconconvénients négatifs pour [REDACTED] notamment :
- i) il était souvent plus fatigué qu'à l'habitude lorsqu'il rentrait de l'école;
  - ii) lors de la troisième journée du port du masque de procédure en continu en classe, en mai 2021, il a eu un épisode de déshydratation, de gorge sèche et de toux sèche et ce, malgré qu'il boive beaucoup d'eau en temps normal, les symptômes de déshydratation, de gorge sèche de toux sèche ayant duré quelques jours et étant disparus lors de la fin de semaine suivante alors qu'il n'avait pas à porter le masque;
23. À compter du mois de novembre 2020, le demandeur Thomas et sa conjointe ont proposé à [REDACTED] de le retirer de l'école et de lui enseigner à la maison, mais il a refusé puisqu'il ne voulait pas perdre sa vie sociale avec ses amis à l'école;

24. [REDACTED]  
[REDACTED] et il a continué à fréquenter l'école en continu. À compter du mois de septembre 2020, il a dû porter le couvre-visage dans les transports scolaires et dans les lieux communs de l'école (corridors) et la cour de l'école, ainsi que pour se rendre en classe, le couvre-visage pouvant alors être retiré une fois assis à son pupitre; à compter du mois de novembre 2020, il a dû porter le couvre-visage et par la suite le masque de procédure en tout temps dans les transports scolaires, la cour de l'école, à l'intérieur de l'école, sauf pour manger lors de la pause du midi, ainsi qu'en classe, même une fois assis; depuis le 8 juin 2021, il n'a plus à porter le masque de procédure une fois assis en classe, mais il doit le porter dans les transports scolaires, ainsi que dans les lieux communs de l'école, ainsi que pour se rendre en classe;
25. Le port du couvre-visage/masque a causé à [REDACTED] de nombreux effets et inconvénients négatifs, notamment :
- i) il rentrait constamment fatigué de l'école et de moins bonne humeur;
  - ii) dans les deux premiers mois qui ont suivi l'imposition du port du couvre-visage pour les élèves du secondaire, il a eu plusieurs épisodes de saignements nasaux imprévisibles à l'école en raison du port du couvre-visage;
26. Tout comme pour [REDACTED], le demandeur Thomas et sa conjointe ont proposé à [REDACTED], en novembre 2020, de le retirer de l'école afin de lui enseigner à la maison, mais il a refusé, ne voulant pas perdre sa vie sociale avec ses amis à l'école;
27. [REDACTED]  
[REDACTED], mais en avril 2020, le demandeur **Thomas** et sa conjointe l'ont retiré de l'école pour lui enseigner à la maison et ne l'ont pas réinscrit à l'école pour la rentrée de septembre 2020 en raison de l'imposition du port du couvre-visage aux élèves du secondaire en septembre 2020, craignant qu'une telle mesure en vienne à être imposée aux élèves du primaire, ce qui s'est effectivement produit;
28. De son côté, le demandeur **Thomas**, ne voulant pas porter de couvre-visage compte tenu non seulement de son inutilité, mais, plus

particulièrement, des risques pour sa santé associés au port du couvre-visage/masque, s'abstient, autant que possible, depuis le 18 juillet 2020, date de l'imposition du couvre-visage dans les lieux publics fermés, de se rendre dans tout lieu public fermé dans lequel le port du couvre-visage/masque est exigé en vertu des décrets gouvernementaux dont il est question aux présentes. Le demandeur Thomas se rend dans les épiceries qui acceptent de recevoir tout le monde, avec ou sans couvre-visage/masque, et ne fréquente plus de nombreux commerces qui lui ont refusé l'accès parce qu'il refusait de porter le couvre-visage/masque;

iii) **Marie Tranquille**

29. La demanderesse Marie Tranquille (ci-après « Tranquille ») est âgée de 49 ans et travaille comme naturopathe au sein du marché d'alimentation de santé naturelle Rachele-Béry situé à [REDACTED] et ce, depuis le mois d'août 2018 ;
30. En raison de sa situation de santé, soit qu'elle a un diabète de type 1 depuis l'âge de 5 ans, le stress lui causant des problèmes au niveau de sa glycémie, et en raison du fait qu'elle avait un historique de chocs vagues, la demanderesse Tranquille a, le 15 juillet 2020, obtenu une attestation médicale l'exemptant du port du masque obligatoire dans les endroits publics fermés pour des raisons de santé, tel qu'il appert d'une copie de ladite attestation, dont copie est produite au soutien des présentes comme **pièce P-1**;
31. Comme elle disposait d'une attestation médicale l'exemptant du port du couvre-visage/masque, l'employeur la demanderesse a accepté qu'elle ne puisse porter que la visière dans le cadre de son travail. Cependant, même avec le port de la visière, la demanderesse Tranquille a fait deux chocs vagues sur les lieux de son travail en raison du port de la visière; malgré cela, et voulant conserver son travail, la demanderesse Tranquille s'est néanmoins résignée à continuer de porter la visière dans le cadre de son travail, mais le port de la visière la force à devoir prendre fréquemment des pauses pour pouvoir respirer normalement et librement;
32. Également, la demanderesse Tranquille a fait deux chocs vagues en devant porter le masque en faisant des courses personnelles, la première fois dans un centre d'achat et la seconde fois chez Costco;



33. La demanderesse Tranquille a donc pu, jusqu'au 9 juin 2021, travailler en ne portant pas le masque, mais simplement en portant une visière;
34. Cependant, mercredi le 9 juin 2021, une inspectrice de la *Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail* et de la Santé publique s'est présentée chez l'employeur de la demanderesse Tranquille. Elle a indiqué qu'il y avait eu trois plaintes de la part de clients de la boutique à l'effet que des caissières ne portaient pas le masque sous leur visière;
35. Voyant que la demanderesse Tranquille ne portait pas de masque sous sa visière, elle a demandé à la directrice du commerce pourquoi tel était le cas, ce à quoi la directrice a répondu que la demanderesse Tranquille avait une condition médicale l'exemptant de porter le masque et qu'elle avait une attestation médicale à cet égard;
36. L'inspectrice a répondu qu'en zone rouge et orange, ce qui était le cas de la région dans laquelle se situe le lieu de travail de la demanderesse Tranquille, même avec une attestation médicale l'exemptant du port du masque, la demanderesse Tranquille devait travailler avec le masque, à défaut de quoi l'employeur pouvait être mis à l'amende;
37. Dans les circonstances, puisqu'elle refusait de porter le masque, compte tenu de son attestation médicale, l'employeur de la demanderesse Tranquille lui a demandé de ne pas venir travailler jusqu'à ce que la zone dans laquelle le commerce se trouve tombe à un pallier de couleur permettant qu'elle ne travaille qu'avec la visière;
38. Depuis le 9 juin 2021, la demanderesse Tranquille ne peut donc travailler et se retrouve présentement sans salaire;
39. L'employeur de la demanderesse Tranquille lui a mentionné que si la zone dans laquelle se trouve le commerce demeurerait dans le pallier rouge ou orange ou, dans le futur retournerait éventuellement dans le pallier rouge ou orange, elle ne pourrait venir travailler sans porter le masque;
40. Par ailleurs, la demanderesse Tranquille s'est vu refuser l'accès à l'intérieur d'une pharmacie Jean-Coutu située à Saint-Sauveur en raison du fait qu'elle ne portait pas le masque et ce, malgré le fait qu'elle ait une attestation l'exemptant du port du masque; depuis ce

temps, la demanderesse Tranquille évite donc le plus possible d'aller dans les commerces, ce qui la brime dans son quotidien;

## B. LES DÉFENDEURS

### - i) Procureur général du Québec

41. 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;

42. 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) La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

43. La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (ci-après la « CNESST ») est l'organisme auquel le Gouvernement a confié la promotion des droits et obligations en matière de travail et qui en assure le respect auprès des travailleurs et des employeurs du Québec;

44. Aux fins de l'espèce, la CNESST est poursuivie à titre de défenderesse car elle a mis en place des règles et directives relativement au port du masque dans les divers milieux de travail, règles et directives, tel que plus amplement exposé aux présentes ci-après, dont les demandeurs, par les présentes, demandent l'annulation, au même titre que l'annulation des divers décrets et arrêtés ministériels qui ont été adoptés par le Gouvernement et par le Ministre de la santé relativement au port obligatoire du couvre-visage et du masque;

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

45. 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;
46. Le 7 janvier 2020, les autorités chinoises ont confirmé le premier cas de ce qui est désormais connu comme étant la COVID-19;
47. Le 11 janvier 2020, le premier décès relié à la COVID-19 a été rapporté en Chine;
48. Le 11 mars 2020, l'OMS a déclaré que la COVID-19 était une pandémie;
49. Le 23 janvier 2020, les autorités canadiennes ont déclaré que le premier cas de COVID-19 avait été identifié à Toronto;
50. Le 27 février 2020, les autorités québécoises ont déclaré qu'un premier cas de COVID-19 avait été identifié au Québec;
51. 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-2**;
52. Par l'adoption du **Décret 177-2020** (P-2), 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;
53. Le 15 mars 2020, la ministre de la Santé de l'époque, Danielle McCann, a adopté l'**Arrêté ministériel 2020-004**, produit au soutien des présentes comme **pièce P-3** lequel :
  - suspendait 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 arénes, les salles d'entraînement, les centres sportifs, les cinémas, les arcades, les salles de danse, les zoos et les aquariums;

- suspendait 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;
- déclarait 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;
- déclarait le huis clos pour le conseil et le comité exécutif administratif de toute municipalité, communauté métropolitaine, service de transport en commun ou régie intermunicipale.

54. Le 20 mars 2020, le **Gouvernement** a renouvelé l'état d'urgence sanitaire par le Décret 222-2020, tel qu'il appert dudit décret produit au soutien des présentes comme **pièce P-4**. 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;
55. Le 22 mars 2020, la ministre de la Santé a adopté **l'Arrêté ministériel 2020-008**, produit au soutien des présentes comme **pièce P-5**, 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;
56. Le 24 mars 2020, le Gouvernement a adopté le **Décret 223-2020**, produit au soutien des présentes comme **pièce P-6**, lequel suspendait toute activité effectuée en milieu de travail, sauf pour des services prioritaires déterminés par le Gouvernement et autres exceptions;
57. Le 28 mars 2020, la ministre de la Santé a adopté **l'Arrêté ministériel 2020-011**, produit au soutien des présentes comme **pièce P-7**, restreignant le droit à la libre circulation par la limitation des régions socio-sanitaires;
58. 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-8**;
59. 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;
60. Notamment, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2020, le Gouvernement a procédé à graduellement « déconfiner » le Québec, tel qu'il appert des divers décrets produits en liasse au soutien des présentes comme **pièce P-9**;

61. Le 15 juillet 2020, le Gouvernement a adopté le **Décret 810-2020**, produit au soutien des présentes comme **pièce P-10**, 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 Dr Horacio Arruda en avait fortement déconseillé l'usage, tel qu'exposé plus loin dans le cadre des présentes;
62. 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-11**;
  - **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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-12**;
  - **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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-13**;
  - **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, produit au soutien des présentes comme **pièce P-14**;
  - **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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-15**;
63. Le ou vers le 4 décembre 2020, le premier ministre François Legault a annoncé que les rassemblements dans les résidences privées seraient interdits pour les Fêtes, et ce, malgré le fait que la Direction de la santé publique 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 » produit au soutien comme **pièce P-16**), tel qu'il appert des articles produits au soutien des présentes comme **pièce P-17**. 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, produit au soutien des présentes comme **pièce P-18**;
64. 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-19**. Ce couvre-feu a été maintenu en place par le Gouvernement du Québec jusqu'au 28 mai 2021 (tel qu'il appert du **Décret 735-2021** produit au soutien des présentes comme **pièce P-20**). Le couvre-feu a été mis en place et maintenu en place pendant près de 5 mois et ce, malgré l'existence d'aucune science valable justifiant la mise en place d'une telle mesure afin de limiter la propagation d'un virus tel que le SARS-CoV-2 et ce, de l'aveu même du Dr Horacio Arruda, tel qu'il appert des divers vidéos produits au soutien des présentes comme **pièce P-21**;

65. Jusqu'à ce jour, le Gouvernement a renouvelé l'état d'urgence plus de 60 fois et ce, sans en référer une seule fois à l'Assemblée nationale, s'arrogeant ainsi illégalement et à l'encontre des règles et principes démocratiques et constitutionnels le pouvoir législatif de façon unilatérale et indéfinie; le dernier renouvellement de l'état d'urgence sanitaire a été effectué le 9 juin 2021 par l'adoption du **Décret 782-2021**, tel qu'il appert dudit décret produit au soutien des présentes comme **pièce P-22**;
66. 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;
  - v) fermeture des bars;
  - vi) fermeture des cinémas;
  - vii) fermeture des gyms, centres/écoles d'arts martiaux et studios de yoga;
  - viii) fermeture des écoles, des CEGEP, des universités et des garderies/services de garde;
  - ix) 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, dans les espaces de bureaux, ainsi que lors des manifestations à l'extérieur et lors d'activités extérieures entre personnes qui n'habitent pas ensemble dans certaines circonstances;
  - xi) fermeture des parcs, piscines et terrain de jeux;
  - xii) 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- L'INEXISTENCE D'UNE MENACE GRAVE POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (ARTICLE 118 LSP)

67. Avant d'aborder la question spécifique de l'imposition obligatoire du port du couvre-visage et du masque, il est important d'aborder la question de l'état d'urgence sanitaire, qui est encore maintenu en place par le Gouvernement et ce, malgré le fait qu'il n'existe pas, en ce moment, quelque faits ou circonstances constituant une menace grave à la santé de la population du Québec, réelle ou imminente en lien avec la COVID-19;

68. 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. »

69. 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;

70. 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.» (Nos soulignés).

71. C'est en vertu de cet article 123 de la **LSP** que le **Gouvernement** et le Ministre de la Santé 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;
72. Plus de 14 mois après la déclaration initiale de l'état d'urgence sanitaire du 13 mars 2020, la question qui se pose est 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? »;*
73. 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, tel qu'exposé plus loin aux présentes, 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, par conséquent, aucune raison valable pour que l'état

d'urgence sanitaire soit maintenu au Québec en lien avec la COVID-19;

74. 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 (accompagné d'une déclaration sous serment signée par la Professeur Perronne dans laquelle il réitère le contenu de son rapport comme si au long récité dans ladite déclaration) (ci-après le « Rapport Perronne »), lequel est produit au soutien des présentes comme **pièce P-23**, 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. »

75. Également, les demandeurs réfèrent au rapport du Dr William Code, anesthésiste, intitulé «Expert Report on Masks in the Context of Covid-19» daté du 10 juin 2021 (ci-après le « Rapport Code ») (accompagné d'une déclaration sous serment signée par le Dr William Code dans laquelle il réitère le contenu de son rapport pour valoir comme si au long récité dans ladite déclaration), produit au soutien des présentes comme **pièce P-24**, dans lequel le Dr Code conclut ce qui suit en ce qui concerne la COVID-19 :

«In light of the foregoing, it appears that COVID-19 does not constitute a serious threat to the health of the population, whether real or imminent, as it does not affect or pose a risk to the greater majority of the population, and only poses a risk for some people over 70 years of age.»

76. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il n'existe, en date des présentes, aucune menace grave à la santé de la population, réelle ou imminente, en lien avec la COVID-19 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 Ministre de la Santé Christian 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-25** ;

77. Cette déclaration du ministre Dubé constitue un aveu de la part du Gouvernement à l'effet que l'état d'urgence sanitaire est maintenu, 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 qu'il est maintenu de façon artificielle et fallacieuse 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 maintenir l'état d'urgence sanitaire;
78. Également, le 17 mai 2021, la COVID-19 a été retirée de la liste des maladies et des infections présentant un risque pour la santé de la population de l'annexe 1 du *Règlement d'application de la Loi sur les activités funéraires*, tel qu'il appert de l'extrait d'un document intitulé « Guide de gestion des décès reliés à la COVID-19 », produit au soutien des présentes comme **pièce P-26**, ce qui constitue un aveu, de la part du Gouvernement, que la COVID-19 ne constitue pas, en date des présentes, une menace grave pour la santé de la population, réelle ou imminente, démontrant ainsi que le maintien de l'état d'urgence n'est plus justifié en lien avec la COVID-19;
79. À la lumière de ce qui précède, et de l'aveu même du Gouvernement, il n'existe aucun fait ni aucune circonstance pouvant justifier le

maintien de 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;

80. Par ailleurs, il n'est pas banal de constater que dans le cadre du G7, qui s'est déroulé du 11 au 13 juin 2021 en Angleterre, les dirigeants des 7 puissances économiques, dont font notamment partie les États-Unis et le Canada, de même que la Reine d'Angleterre et d'autres invités de marque, se sont comporté de façon normale, sans masque ni distanciation sociale lors de rencontres sociales, ce qui démontre que la pandémie a définitivement pris fin et qu'il n'existe plus d'état d'urgence sanitaire, tel qu'il appert des diverses photographies produites au soutien des présentes comme **pièce P-27**;
81. 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;
82. Les demandeurs sont, par conséquent, justifiés de demander qu'il soit déclaré par le tribunal qu'il n'existe présentement aucune justification au maintien de l'état d'urgence sanitaire en vertu de l'article 119 de la LSP et de demander une ordonnance mettant fin à cet état d'urgence sanitaire;

#### **IV- LA COVID-19: LES VÉRITABLES RISQUES**

83. Le 29 janvier 2020, le **Dr 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-28**;
84. Le 30 janvier 2020, lors d'une conférence de presse, le **Dr 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 vidéo de la conférence de presse du 30 janvier produit au soutien des présentes comme **pièce P-29**;

85. Les 28 et 29 février 2020, le **Dr 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'un vidéo produit au soutien des présentes comme **pièce P-30**;

86. Le **Gouvernement** connaissait, 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 produits 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 69 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<sup>r</sup> 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. »

87. Les données et statistiques relatives aux décès reliés à la COVID-19 cumulées depuis mars 2020 jusqu'à aujourd'hui 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 98 à 101 ci-dessous, de même que les personnes affectées de comorbidités (97% des décès, selon un rapport de l'INSPQ de décembre 2020);
88. Dans un article daté du 26 mars 2020, les D<sup>rs</sup> 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 %.<sup>4</sup> In another article in the Journal, Guan et al.<sup>5</sup> 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-32**;

89. 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;
90. 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 2020<sup>1</sup>:

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 %

91. Dans une étude publiée en septembre 2020<sup>2</sup>, produite 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

<sup>1</sup> <https://tallahasseeereports.com/2020/09/26/cdc-releases-updated-covid-19-fatality-rate-data>

<sup>2</sup> 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>.

concerne la répartition des décès liés à la COVID-19 au Canada en date du 22 mai 2020:

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

92. 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!

93. 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. »

94. Dans une autre étude soumise en mai 2020 et publiée en septembre 2020<sup>3</sup>, 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. »

<sup>3</sup> 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://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf).

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

95. 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 »<sup>4</sup>, 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”,

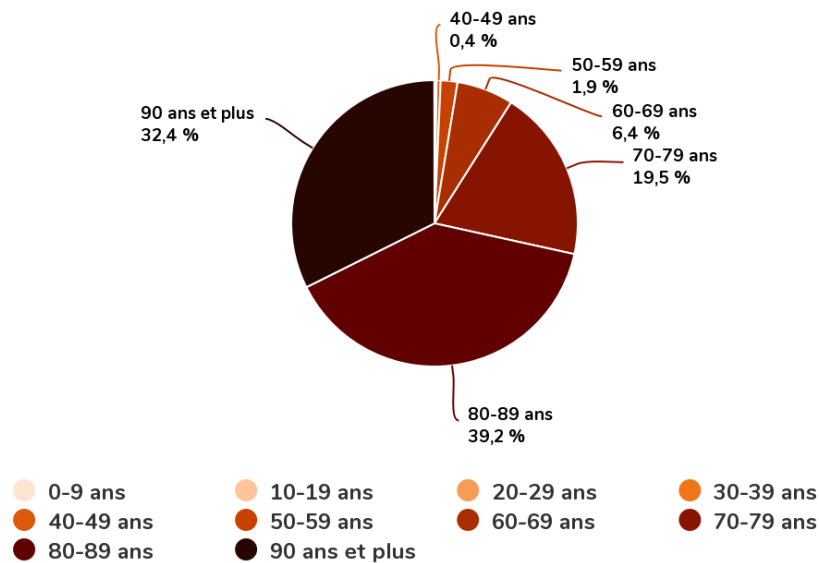
tel qu'il appert de ladite étude produite au soutien des présentes comme **pièce P-35**;

96. Le nombre de décès totaux au Québec en lien avec la COVID-19 depuis le début le mois de mars 2020 jusqu'au 10 juin 2021, soit près de 5 mois plus tard, se chiffrait à 11 167 selon les données disponibles sur le site web de l'INSPQ;
97. Au Québec, en date des présentes, 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 Perronne, de même qu'au « Rapport COVID-19 Québec » du Dr. Laurent Toubiana daté du 3 mai 2021, lequel est produit au soutien des présentes comme **pièce P-36** (ci-après le « Rapport Toubiana »), (accompagné d'une déclaration sous serment signée par le Dr Laurent Toubiana qui réitère le contenu de son rapport pour valoir comme si au long récité dans ladite déclaration) dans lesquels ce taux de mortalité de 0,12% pour le Québec est indiqué relativement à la COVID-19;
98. 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 10 juin 2021:

---

<sup>4</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13554>

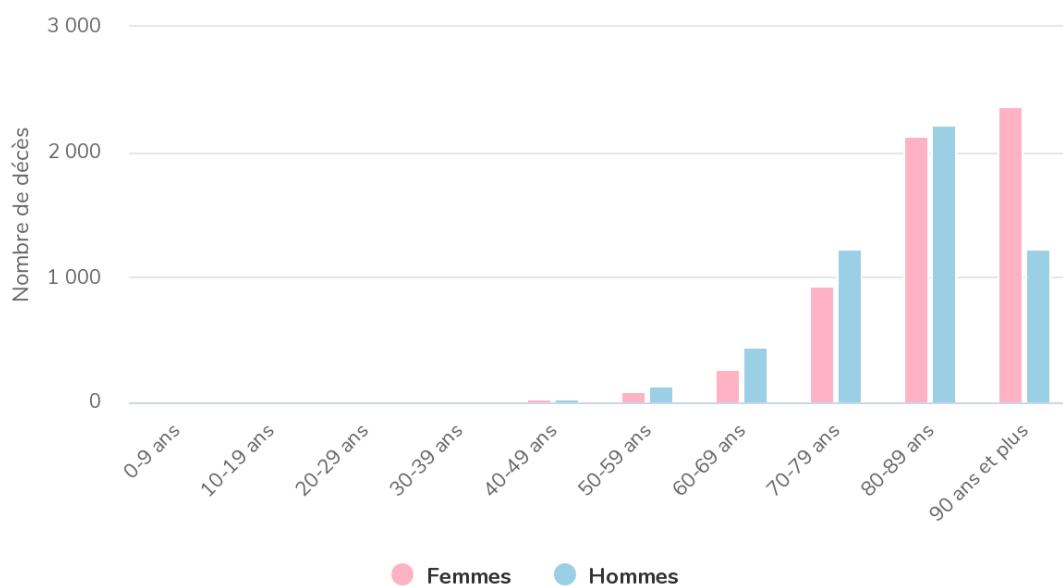
### 2.3 - Répartition des décès liés à la COVID-19 au Québec selon le groupe d'âge



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>;

99. En ce qui concerne le nombre de décès en lien avec la COVID-19, tel que répertorié par l'INSPQ en date du 10 juin 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> ;

100. 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 répartissait comme suit 10 juin 2021:

- 0-9 ans: 0 décès (0,00%);
- 10-19 ans: 2 décès (0,0181%);
- 20-29 ans: 8 décès; (0,0723%);
- 30-39 ans: 18 décès (0,162%);
- 40-49 ans: 49 décès (0,425%);
- 50-59 ans: 210 décès (1,88%);
- 60-69 ans: 711 décès (6,37%);
- 70-79 ans: 2 158 décès (19,32%);
- 80-89 ans: 4 350 décès (38,95%);
- 90 ans et plus: 3 593 décès (32,18%);

101. 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 au Québec;

102. 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* » produit au soutien des présentes comme **pièce P-37**;

103. 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 COVID-19 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»<sup>5</sup>

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

104. 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;

105. 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 10 juin 2021 sont les suivantes quant au nombre de décès dans chacun des divers milieux:

- Ressources intermédiaires et autres: 569 décès;
- Domiciles et inconnu: 2 468 décès;
- Résidence privée pour aînés: 2 333 décès;
- CHSLD et Unités de soins en centres hospitaliers: 5 694 décès;

106. Les décès en résidences privées pour aînés comptent donc pour 20,9 % des décès et les décès en CHSLD et unités de soins en centres hospitaliers (qui sont sous le contrôle du **Gouvernement**) comptent pour 51,0% des décès (sur un total de 11 167 décès en

---

<sup>5</sup> [https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid\\_weekly/index.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid_weekly/index.htm)

date du 10 juin 2021), pour un total de 71,9 % des décès dans ces milieux de vie;

107. Concernant les décès survenus dans les CHSLD en lien avec la COVID-19, il est important de faire état de ce que le **Dr Arruda** a 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-39**;

108. D'ailleurs, à ce sujet, il est important de mentionner que dans un rapport intitulé «Rapport d'étape du protecteur du citoyen – La Covid-19 dans les CHSLD durant la première vague de la pandémie», produit 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 ;

109. Au sujet de la classification des décès en lien avec la COVID-19, les demandeurs allèguent et soutiennent que le **Gouvernement** 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 COVID-19 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 »;
110. Dans le cadre de diverses conférences de presse, le **Dr Arruda** et le Premier ministre **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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup> 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<sup>r</sup>. 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<sup>r</sup>. 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 produits au soutien des présentes comme **pièce P-41**;

111. 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;
112. Or, le **Gouvernement**, depuis le mois de mars 2020 a notamment utilisé 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;
113. Les demandeurs allèguent et soutiennent que le **Gouvernement**, par l'entremise du Dr Horacio Arruda et du Premier ministre François 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 peurG
114. 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 11 167 décès rapportés en date du 10 juin 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 le Dr Horacio Arruda et le Premier ministre François 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. 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 Dr 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 » ;

115. 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 **Dr 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-42** :

116. Pour le Dr 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 ;
117. 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. »

118. 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;
119. 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;
120. 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;
121. 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. »

122. Par ailleurs, en date du 10 juin 2021, il y avait un nombre total de 244 hospitalisations en lien avec la COVID-19, dont 59 en soins intensifs et un total de 2 068 cas actifs identifiés en lien avec la COVID-19, ce qui représente un pourcentage de 0,024 % sur une population de 8 575 000 de personnes au Québec;
123. Avec de telles données, chiffres et statistiques, les demandeurs allèguent et soutiennent que l'on est 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;
124. Or, le **Gouvernement**, malgré des chiffres, données et statistiques qui ne justifient en rien le maintien d'un état d'urgence sanitaire en lien avec la COVID-19, s'entête néanmoins à maintenir, encore en date des présentes, cet état d'urgence sanitaire et des mesures drastiques et liberticides à l'égard de la population du Québec, dont le port obligatoire du couvre-visage et masque de procédures;

## **V. LE TEST PCR ET LE NOMBRE DE CAS POSITIFS**

125. 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** »);
126. 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;



127. 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 accompagnée de déclarations sous serment des Dr Craig et Klymenko dans lesquelles elles réitèrent le contenu de leur rapport pour valoir comme si au long récité dans lesdites déclarations, cette expertise étant produite au soutien des présentes comme **pièce P-43** (ci-après le « Rapport Craig-Klymenko »);
128. 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 personne<sup>6</sup>;
129. 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)<sup>7</sup>;
130. 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.*

*[...]*

*This test cannot rule out disease caused by other bacterial or viral pathogens. »<sup>8</sup>*

131. 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 2019-nCoV RNA were tested with characterized stocks of in vitro transcribed full length RNA (Ngene; Genbank accession: MN908947.2) of known titer (RNA copies/ $\mu$ L) spiked into a*

---

<sup>6</sup> [www.youtube.com/watch?v=rXm9kAhNj-4](http://www.youtube.com/watch?v=rXm9kAhNj-4), cet extrait vidéo étant dénoncé au soutien des présentes comme **pièce P-44**. Voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 9.3.

<sup>7</sup> Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 9.4.

<sup>8</sup> Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 16.4.

*diluent consisting of a viral transport medium (VTM) to mimic clinical specimen. »<sup>9</sup>*

132. 22 chercheurs scientifiques ont demandé la rétractation d'un article publié en janvier 2020 et connu comme étant le "*Corman-Drosten Report*"<sup>10</sup>, 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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-45**<sup>11</sup>, 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;
133. 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.<sup>12</sup>
134. 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)<sup>13</sup>;
135. 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,

<sup>9</sup> Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 16.10.

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> <https://cormandrostenreview.com/report/>; voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 15.7.

<sup>12</sup> 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/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1491/5912603>; voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.14

<sup>13</sup> Rapport Craig-Klymenko aux sections 13, 14 et 17.

ce qui cause une inflation indue du nombre de personnes qui sont identifiées par les autorités comme posant un risque pour les autres;

136. 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 malade<sup>14</sup>;

137. Une étude publiée le 28 septembre 2020<sup>15</sup>, produit 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. »;*<sup>16</sup>

138. 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.

139. Il découle donc de cette étude que le pourcentage qu'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 qu'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 nul<sup>17</sup>;

140. 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

---

<sup>14</sup> Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 14.26.

<sup>15</sup> <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1491/5912603>

<sup>16</sup> Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.14.

<sup>17</sup> Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.14.

laquelle la Cour a conclu qu'un résultat positif à un test PCR, dont le seuil de cycle (Ct) était inconnu, ne pouvait être pas utilisé comme preuve probante que la personne testée était réellement infectée par la COVID-19<sup>18</sup>;

141. 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 36, you gotta say, you know, it's just dead nucleotides, period. In other words, it is not a COVID-19 infection."<sup>19</sup>*

142. L'**OMS** elle-même a récemment déclaré ce qui suit concernant les tests PCR<sup>20</sup> :

« 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-CoV-2 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

<sup>18</sup> <https://www.theportugalsnews.com/news/2020-11-27/covid-pcr-test-reliability-doubtful-portugal-judges/56962> ; une traduction française de cette décision étant produite au soutien des présentes comme **pièce P-47**.

<sup>19</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=A867t1Jblrs>. Voir Rapport Craig-Klymenko au paragraphe 12.33.

<sup>20</sup> <https://www.who.int/news/item/14-12-2020-who-information-notice-for-ivd-users> .

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

143. 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.<sup>21</sup> 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 threshold [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 logorythmique 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 » produit au soutien des présentes comme **pièce P-49**;

144. 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

---

<sup>21</sup> Voir rapport Craig-Klymenko aux sections 13 à 19.

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 2020, dans une « troisième vague », qui elle aussi n'était qu'une vague de cas comportant 97% de faux positifs, et a imposé et continue encore d'imposer à l'ensemble de la population québécoise des mesures qu'il qualifie de « sanitaires » en vertu de l'article 123 de la **LSP**;

145. 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 malade, infectés et/ou contagieux;
146. 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 et ce, jusqu'à ce que le **Gouvernement** démontre scientifiquement et de façon probante que le test PCR peut, à lui seul, permettre de déterminer qu'une personne est atteinte de la COVID-19, d'autant plus que le **Gouvernement** utilise 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;
147. 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;

## **VI. HOSPITALISATIONS**

148. 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 et continue d'invoquer le nombre d'hospitalisations relié à la COVID-19;
149. Or, depuis le 20 janvier 2021, le nombre d'hospitalisations relié à la COVID-19 est en baisse et, en date du 10 juin 2021, se chiffrait à 244 hospitalisations, dont 59 en soins intensifs;
150. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il était injustifié et qu'il continue d'être injustifié, voire même qu'il était et continue d'être 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;
151. 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 un vidéo, produit au soutien des présentes comme **pièce P-50**, dans lequel 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 visons 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 et qui continuent de lui être imposées sans justification aucune, 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;

152. 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 rompre 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 anxiogène 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 rendus dans les hôpitaux en raison de la peur injustifiée véhiculée par le Gouvernement relativement à la COVID-19;
153. 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;
154. Les demandeurs allèguent et soutiennent qu'il est aberrant, voire même absurde, 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;
155. 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*;
156. D'ailleurs, lors d'une conférence de presse tenue le 20 avril 2021, le Premier ministre **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 produit au soutien des présentes comme **pièce P-51**;

157. 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);
158. 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;
159. 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 la COVID-19;

160. À ce sujet, les demandeurs réfèrent au Rapport Perrone, dans lequel il est, aux pages 34 à 50, fait état 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 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 produit 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 produit 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 jours du 25 janvier 2021 », lequel est produit au soutien des présentes comme **pièce P-55**;

161. À la lumière de ce qui précède, les demandeurs allèguent et soutiennent que le Gouvernement ne peut valablement invoquer le nombre d'hospitalisations, incluant celles aux soins intensifs, afin de justifier le maintien de l'état d'urgence sanitaire et les mesures qui sont toujours en place en date des présentes;

## **VII- COUVRE-VISAGE/MASQUE**

162. 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, à la liberté 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 pour la santé se rapportant au port du couvre-visage/masque pour toute personne, plus particulièrement pour les enfants;

163. Au soutien de leur allégations et position à ce sujet, les demandeurs produisent les rapports d'experts suivants :

-Rapport de Chris Schaefer, spécialiste en matière de santé et sécurité et en appareils respiratoires, daté du 7 juin 2021, accompagné d'un vidéo, lequel est produit au soutien des présentes comme **pièce P-56**; ce rapport étant accompagné d'une déclaration sous serment signée par Chris Schaefer dans laquelle il réitère le contenu de son rapport pour valoir comme si récité au long dans ladite déclaration;

-Rapport Code (P-24);

-Rapport de la Dre Astrid Stuckelberger, PhD en Santé publique, daté du 21 mai 2021, lequel rapport est produit au soutien des présentes comme **pièce P-57** (ci-après le « Rapport Stuckelberger »); ce rapport étant accompagné d'une déclaration sous serment signée par la Dre Astrid Stuckelberger, dans laquelle elle réitère le contenu de son rapport pour valoir comme si récité au long dans ladite déclaration ;

## A. NON-RECOMMANDATION DU PORT DU COUVRE-VISAGE/MASQUE

164. La question relative au port du masque en lien avec la COVID-19 est kafkaïen ;

165. Le 4 mars 2020, dans le cadre de l'émission: « *Les Francs-Tireurs* », le **Dr 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'un vidéo produit au soutien des présentes comme pièce **P-58**

166. Dans une présentation vidéo diffusée le ou vers le 18 mars 2020, le **Dr 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'un vidéo produit au soutien des présentes comme **pièce P-59**;

167. Dans le cadre de diverses conférences de presse, le **Dr 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<sup>r</sup>. 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<sup>er</sup> avril 2020 :

« **M. Lavallée (Hugo):** Deuxième question, pour D<sup>r</sup> 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-à 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<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> 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 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 produits comme **pièce P-60**;

168. 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, a fortement déconseillé le port du masque, allant même jusqu'à dire que cela pouvait être dangereux pour l'auto-contamination, 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:
169. Le 5 juin 2020, l'OMS a publié un document intitulé : « Conseils sur le port du masque dans le cadre de la COVID-19 », produit au soutien des présentes comme **pièce P-61** 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. »

170. Le 1<sup>er</sup> décembre 2020, l'OMS a publié un nouveau document intitulé «Port du masque dans le cadre de la COVID-19 » dans lequel les effets bénéfiques et effets indésirables relatifs au port du masque sont de nouveau réitérés, tel qu'il appert dudit document produit au soutien des présentes comme **pièce P-62**;

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

171. 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;

172. 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**, tel qu'il appert dudit décret produit au soutien des présentes comme **pièce P-63**;

173. 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 »,

produite au soutien des présentes comme **pièce P-64**. 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. »*

174. 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** produit au soutien des présentes comme **pièce P-65**;
175. 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** produit au soutien des présentes comme **pièce P-66**; par ce même décret, le Gouvernement a aboli l'amende prévue au **Décret 810-2020** pour l'exploitant d'un lieu public fermés quant à l'exigence du port du masque pour les gens du public ayant accès au lieux publics fermés;
176. 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** produit au soutien des présentes comme **pièce P-67**;
177. Le 5 février 2021, le **Gouvernement** a adopté un décret afin d'imposer le port du masque/couvre-visage au primaire pour les élèves de 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année en tout temps dans les corridors et les aires communes , ii) 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 102-2021** produit au soutien des présentes comme **pièce P-68**;
178. 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** produit au soutien des présentes comme **pièce P-69**;

179. 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 doit être un masque de procédure, tel qu'il appert du **Décret 433-2021** produit au soutien des présentes comme **pièce P-70** ;
180. 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** produits au soutien des présentes comme **pièce P-71** ;
181. Le 9 juin 2021, le **Gouvernement** a adopté le **Décret 799-2021**, par lequel il vient modifier les exigences du port du couvre-visage/masque dans certaines circonstances et selon le pallier de couleur, tel qu'il appert dudit décret produit au soutien des présentes comme **pièce P-72**;
182. Le 11 juin 2021, l'**AM 2021-043** a été adopté, lequel prévoit notamment de faire passer toutes les régions qui n'y étaient pas déjà dans le pallier jaune, de sorte qu'il qu'à compter du 14 juin 2021, plus aucune région n'est en zone orange ou rouge, tel qu'il appert dudit AM produit au soutien des présentes comme **pièce P-73**;
183. En date des présentes, les diverses mesures, dont notamment celles concernant le port du couvre-visage/masque dans les écoles et divers autres lieux, se rapportant aux régions qui concernent les demandeurs ou les enfants des demandeurs Platania et Thomas sont notamment celles indiquées aux documents intitulés « Mesures en vigueur » pour les régions des Laurentides, de Lanaudière et de Montréal, lesdits documents étant produits au soutien des présentes comme **pièce P-74**; il est par ailleurs important de mentionner que le **Décret 810-2020** qui impose le port du couvre dans les lieux publics fermés est toujours en vigueur en date des présentes;
184. De son côté, la CNESST a émis des règles et directives concernant le port du masque sur les lieux de travail, tel qu'il appert des documents produits au soutien des présentes comme **pièce P-75**; selon les règles et directives en vigueur présentement, le port du masque est toujours obligatoire pour les travailleurs, peu importe le

pallier d'alerte, s'il n'y a pas de barrière physique ou si la distanciation de 2 mètres n'est pas possible;

185. À la lumière de ce qui précède, 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 enfants<sup>22</sup>, de sorte que l'imposition du port du couvre-visage/masque est une mesure qui n'est aucunement fondée sur la science, mais qui est plutôt une mesure politique de contrôle social qui n'a pas sa place dans une société libre et démocratique ;
186. 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 gens<sup>23</sup>;
187. En ce qui concerne les effets nocifs et indésirables du couvre-visage/masque pour la population en général, les demandeurs réfèrent à une étude récente<sup>24</sup> 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—again a figure far lower than expected [177].

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

---

<sup>22</sup> Voir le Rapport Perronne aux pages 14 à 21 et le Rapport Stuckelberger aux pages 82 et 83.

<sup>23</sup> Rapport Perronne aux pages 14 à 21 et Rapport Stuckelberger aux pages 82 à 87.

<sup>24</sup> Cette étude intitulée « Is a Mask that Covers the Mouth Free from Undesirable Side Effects in Everyday Use and Free from Potential Hazards? » est produite au soutien des présentes comme **pièce P-76** : <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/4344/htm>.

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].

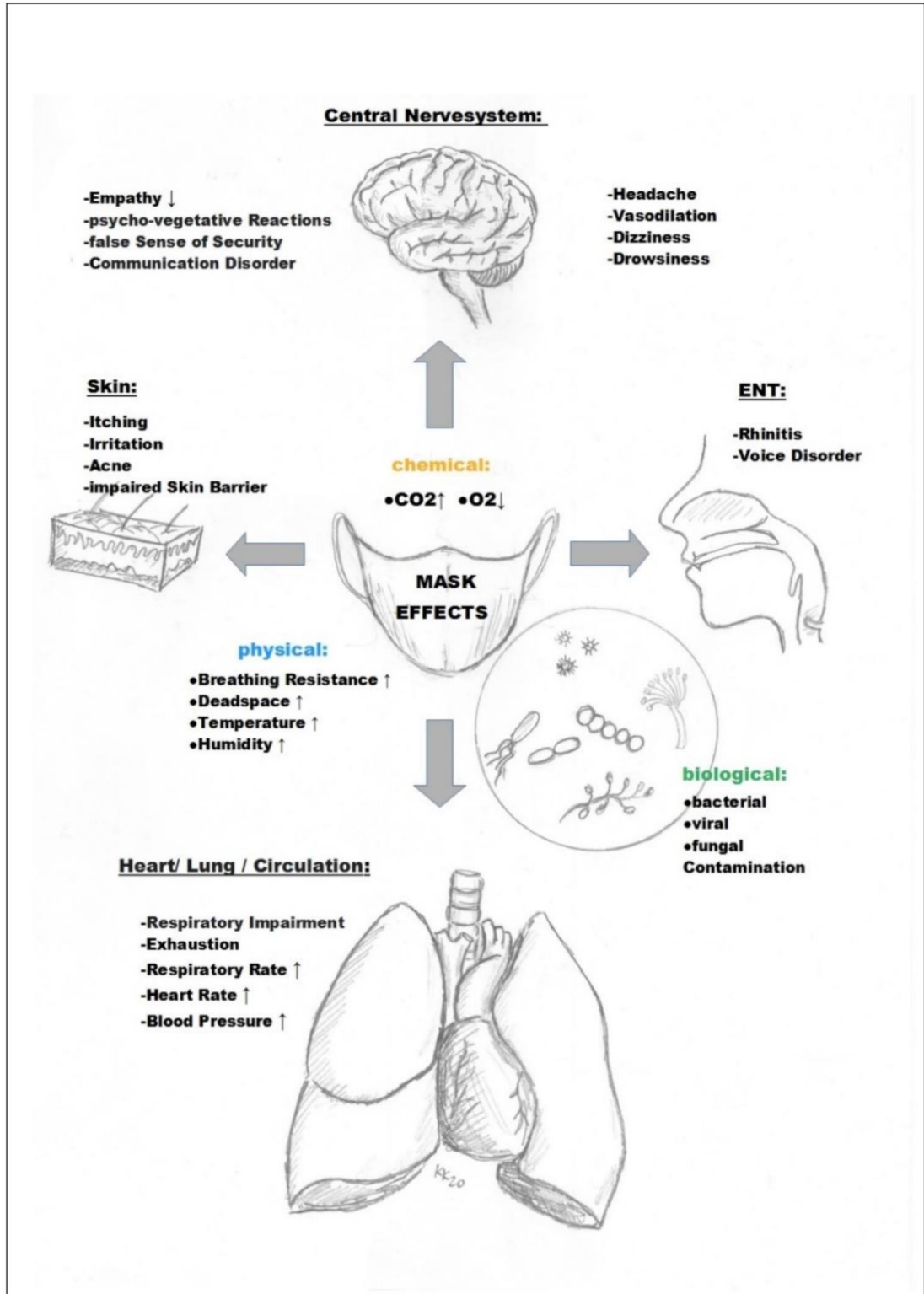
Overall, the exact frequency of the described symptom constellation MIES in the mask-using populace remains unclear and cannot be estimated due to insufficient data.

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 well-being and not merely the absence of disease or infirmity. [178].»

188. 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.

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

189. Quant à la question des effets indésirables et nocifs quant au port du couvre-visage/masque, il est important de citer les passages suivants tirés du Rapport Schaefer :

- « 1. A mask is a specially engineered device for safe breathing.
2. In addition, a respirator is designed to prevent contaminants from being inhaled.
3. The currently mandated procedural and non-medical/cloth covers are neither respirators, nor masks.
4. Monitoring as shown in the accompanying video, clearly demonstrates that the currently mandated procedural, and non-medical/cloth covers create hazardously high levels of carbon dioxide capture and low oxygen, which the wearer continuously inhales while wearing the said covers.
5. Testing showed hazardous levels of high carbon dioxide and low oxygen inhaled by participants in as little as 30 seconds of wearing the various covers, while at rest. As exertion increases, so will carbon dioxide capture and conversely produce increasing reductions in available oxygen.”

190. Concernant la question du port du couvre-visage/masque, les demandeurs réfèrent au Rapport Perronne dans lequel le Professeur Perronne 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. »

191. Également, dans son rapport, le Dr Bill Code affirme ce qui suit quant à la question des masques :

“That the evidence in favour of the wearing of masks is only observational and there are no Random Controlled Trials (RCTs) and therefore, no Meta-analyses thereof, whereas the evidence against the wearing of masks is substantial and is based on RCTs and meta-analyses.

4. That the problem with masks are confirmed in a series of RCTs.

5. Mask problems reveal:

i) No masks (surgical, N-95 or cloth) prevent virus transmission. In fact, they probably increase risk to the wearer and to the people around them.

ii) Within minutes, the masks wearer's carbon dioxide climbs to quite unhealthy levels, and oxygen levels decrease, also with health consequences.

iii) Masks create headaches and cognitive impairment.

iv) Anxiety and stress are triggered by wearing masks, especially in children.

6. In my opinion, in over 40 years as a physician, and decades as an anesthesiologist, when one considers the risk-benefit ratio for masks:

i) The risk of major illness or death in children due to COVID-19 is almost zero.

ii) Masks are not effective in preventing COVID-19 transmission and may worsen the transmission.

iii) Masks elevate carbon dioxide and lower oxygen blood concentrations within minutes. This reduces cognitive capability, interferes with learning, increases anxiety and may even cause arrhythmias and even sudden death.

Therefore, in my opinion, as a result of studying the scientific literature and in view of my professional experience, masks create more harm than benefit, especially in children. Hence, any mask mandate should be immediately rescinded."

192. À la lumière de ce qui précède, il devient plus que clair et évident que l'imposition du port du couvre-visage/masque ne présente aucun bénéfice pour la population en lien avec la limitation de la transmission du SARS-CoV-2, et, qu'au contraire, une telle mesure est néfaste et nocive pour les gens, de sorte qu'une telle mesure ne peut considérée comme étant dans l'intérêt public et se doit d'être immédiatement annulée;

## VIII- DROITS ENFREINTS

193. 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. »

194. 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. »;

195. L'article 2 de la *Charte canadienne* prévoit ce qui suit :

«Chacun a les libertés fondamentales suivantes :

b) liberté (..) d'expression (...))»

196. La mesure se rapportant au port du couvre-visage et du masque, dans toutes les circonstances prévues dans les divers décrets et arrêtés ministériels, ainsi que dans les règles et directives de la CNESST, constitue une mesure qui porte atteinte aux droits et libertés suivants des demandeurs, ainsi que de l'ensemble des citoyens du Québec qui sont également soumis à cette mesure : droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne prévus à l'article 7 de la *Charte canadienne*, droits à la liberté d'expression prévu à l'article 2 de la *Charte canadienne*, et droits à la vie, à la sûreté et à la liberté de la personne prévus à l'article 1 de la *Charte québécoise*;

197. Les demandeurs sont non seulement en droit d'invoquer cette atteinte à leurs droits et libertés, mais également, compte tenu des circonstances de l'espèce, qui relèvent du droit public et de l'intérêt public, de faire valoir que cette mesure porte également atteinte aux droits et libertés ci-dessus mentionnés de l'ensemble des québécois;

198. Une fois la preuve que des droits des demandeurs, ainsi que des Québécois, sont brimés et violés par des 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;

199. 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);
200. Les demandeurs allèguent et soutiennent que la mesure de l'imposition du couvre-visage et du masque, dans son ensemble, n'a aucun lien rationnel avec quelque objectif que ce soit pouvant être recherché par le **Gouvernement** ou la CNESST en lien avec la COVID-19;
201. Le but recherché par la LSP est de protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population en général dans tous ses aspects;
202. Les demandeurs allèguent et soutiennent que la mesure du port du couvre-visage et du masque va à l'encontre des objectifs visés par la LSP;
203. Depuis le 13 mars 2020, le Dr Arruda et le Premier ministre 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;
204. 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 ou ne se sont pas rendus dans les hôpitaux en raison de la peur injustifiée véhiculée par le Gouvernement relativement à la COVID-19;

205. 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 porter atteinte aux droits et libertés des demandeurs et ainsi que de l'ensemble des québécois comme il le fait avec l'imposition du port du couvre-visage et du masque ;
206. La mesure du port du couvre-visage et du masque, même si elle devait avoir un lien rationnel avec les objectifs visés, ce qui n'est pas admis mais expressément nié, est disproportionnée, excessive, illogique et arbitraire compte tenu de toutes les circonstances pertinentes exposées aux présentes;<sup>25</sup>
207. La COVID-19 ne constitue pas une situation qui justifie l'imposition d'une mesure comme le port du couvre-visage et du masque qui est imposée par les divers décrets et arrêtés ministériels qui la prévoient, ainsi que par les règles et directives de la CNESST à cet égard;

#### **IX- DEMANDES FORMULÉES**

208. À la lumière de ce qui précède, les demandeurs sont en droit et ont intérêt, tant pour eux-mêmes que pour la collectivité/ensemble de la population du Québec, vu les faits et circonstances se rapportant aux présentes, qui sont également d'intérêt général et publics, de demander ce qui suit:
- i) l'annulation de l'état d'urgence sanitaire renouvelé par le Gouvernement ainsi qu'un jugement déclaratoire à l'effet qu'il n'existe plus d'état d'urgence sanitaire en vertu de l'article 118 de la *Loi sur la santé publique*;
  - ii) l'annulation de l'imposition/obligation du port du couvre-visage et du masque dans son ensemble pour toutes personnes et dans toutes circonstances et l'annulation de toutes dispositions de décrets gouvernementaux et d'arrêtés ministériels la prévoyant, ainsi que l'annulation de toutes les règles et directives émises par la CNESST

---

<sup>25</sup> Rapport Stuckelberger aux pages 70 à 105.



imposant/recommandant le port du couvre-visage et du masque et de la visière;

- iii) l'émission d'une injonction permanente ordonnant au **Gouvernement** et au Ministre de la Santé, qui sont représentés aux présentes par le Procureur général du Québec, ainsi qu'à la CNESST, de cesser et de s'abstenir d'adopter quelques décrets, arrêtés ministériels, règles et directives que ce soit imposant le port du couvre-visage et/ou du masque et de la visière à qui que ce soit et pour quelques circonstances et/ou raisons que ce soit;
- iv) l'émission d'une injonction interlocutoire, pour valoir jusqu'au jugement au mérite, ordonnant au **Gouvernement** et au Ministre de la Santé, qui sont représentés aux présentes par le Procureur général du Québec, ainsi qu'à la CNESST, de cesser et de s'abstenir d'adopter quelques décrets, arrêtés ministériels, règles et directives que ce soit imposant le port du couvre-visage et/ou du masque et de la visière à qui que ce soit et pour quelques circonstances et/ou raisons que ce soit; ou ordonnant la suspension/sursis, jusqu'à ce qu'un jugement soit rendu au mérite, de l'application de tout décret et arrêté ministériel prévoyant la mesure de l'imposition du couvre-visage et du masque à qui que ce soit et pour quelques circonstances que ce soit, ainsi que la suspension/sursis de l'application règles/directives émises par la CNESST quant à l'imposition du port du couvre-visage et du masque et de la visière à qui que ce soit et pour quelques circonstances que ce soit;
- v) l'émission d'une injonction interlocutoire provisoire ou d'une ordonnance de sauvegarde, pour valoir jusqu'au jugement au mérite ou, à défaut d'une telle durée, pour toute durée que cette Cour estimera appropriée, ordonnant la suspension/le sursis de l'application des dispositions de tous décrets et arrêtés ministériels prévoyant l'imposition/obligation du port du couvre-visage et du masque à qui que ce soit et pour quelques circonstances que ce soit, ainsi que la suspension/sursis des règles/directives émises par la CNESST quant à l'imposition/recommandation du port du couvre-visage et du masque et de la visière à qui que ce soit et pour quelques circonstances que ce soit ;

209. En ce qui concerne la demande pour l'émission d'une injonction interlocutoire provisoire ou d'une ordonnance de sauvegarde selon ce qui précède, les demandeurs allèguent et soutiennent qu'ils sont en droit de demander l'émission d'une telle ordonnance pour les motifs ci-après exposés :

i) **apparence de droit sur le fond** : les demandeurs soumettent que ce critère est rencontré en l'espèce en ce que :

a) les droits des demandeurs, ainsi que les droits de tous les citoyens du Québec, prévus aux articles 2 et 7 de la *Charte canadienne* et à l'article 1 de la *Charte québécoise* sont enfreints par l'imposition/obligation du port du couvre visage et du masque en vertu des divers décrets et arrêtés ministériels mentionnés aux présentes, ainsi que par les règles et directives imposées/recommandées par la CNESST quant au port du couvre-visage et du masque et de la visière;

b) de plus, le droit à l'éducation des enfants du demandeurs Platania, ainsi que le droit à l'éducation du fils du demandeur Thomas, [REDACTED] est brimé par l'imposition/obligation du port couvre-visage/masque à l'école car cette obligation fait en sorte que les parents, afin de protéger leur santé et leur sécurité, les ont retiré de l'école; il en est de même du droit à l'éducation de tous les enfants habitant au Québec qui ont été retirés de l'école pour les mêmes motifs;

c) l'imposition/obligation du port du couvre-visage et du masque à quiconque est irrationnelle, arbitraire, disproportionnée et incohérente et n'est aucunement nécessaire pour la protection de la santé de la population du Québec en vertu de l'article 123 de la *Loi sur la santé publique*;

d) les questions soulevées par les demandeurs sont sérieuses et sont d'intérêt public;

e) la demande des demandeurs présente des chances de succès plus que raisonnables et sérieuses au mérite;

- ii) **préjudice sérieux ou irréparable** : les demandeurs soumettent qu'ils subiront, et que tous les citoyens du Québec subiront, un préjudice sérieux ou irréparable si l'ordonnance d'injonction interlocutoire provisoire/ordonnance de sauvegarde demandée n'est pas accordée en ce que :
- a) les droits et libertés fondamentaux des demandeurs, ainsi que des citoyens du Québec, continueront d'être enfreints et brimés par l'imposition/obligation du port du couvre-visage et du masque;
  - b) cette mesure de l'imposition/obligation du port du couvre-visage et du masque est nocive et dommageable pour la santé des demandeurs, ainsi que pour la santé de quiconque se voit imposer de porter un couvre-visage ou un masque pour quelque raison que ce soit;
  - c) il est plus que probable qu'un tel préjudice sérieux ou irréparable continuera de se produire et sera occasionné et/ ou surviendra, un tel préjudice ayant d'ailleurs déjà été occasionné aux demandeurs, ainsi qu'à toute personne ayant dû ou devant porter le couvre-visage ou le masque pour quelque raison que ce soit et ce préjudice sérieux ou irréparable continuera de survenir ou de se produire si le sursis/suspension de l'application des décrets imposant le port du couvre-visage et du masque, ainsi que le sursis des règles/directives de la CNESST imposant/recommandant le port du couvre-visage et du masque et de la visièrre, n'est pas ordonné immédiatement;
  - d) l'imposition du port du couvre-visage et du masque (ainsi que de la visièrre pour la demanderesse Tranquille) a causé et continue de causer des dommages psychologiques aux demandeurs, ainsi que des dommages économiques à la demanderesse Tranquille; il est plus que probable que cela soit également le cas pour une partie de la population québécoise;
- iii) la prépondérance des inconvénients : les demandeurs soumettent que la prépondérance favorise leur position en ce que :

- a) la suspension/sursis des décrets et arrêtés ministériels, ainsi que la suspension/sursis des règles/directives de la CNESST, quant à l'obligation/imposition du port du couvre-visage et du masque et de la visière est dans l'intérêt du public puisque la preuve scientifique prépondérante est à l'effet qu'une telle mesure est non seulement inefficace pour prévenir ou empêcher la transmission d'un virus tel que le SRAS-CoV-2, mais est grandement nocive et dommageable pour la santé des gens;
  - b) le sursis/suspension de l'imposition/obligation du port du couvre visage et du masque ne causera aucun préjudice irréparable à l'intérêt du public, bien au contraire, puisqu'il ne peut être dans l'intérêt du public de maintenir en place une telle mesure, qui n'est aucunement nécessaire pour protéger la santé de la population relativement à la COVID-19, mais qui est plutôt nocive et dommageable pour la santé de la population, plus particulièrement pour les enfants;
  - c) les demandeurs soumettent que, compte tenu des risques réels que présente la COVID-19, lesquels ne concernent qu'une petite partie de la population, et compte tenu de la situation qui prévaut présentement au Québec concernant la COVID-19, alors qu'il n'y a plus rien d'alarmant, bien au contraire, tel que précédemment exposé aux présentes, il n'existe aucune raison sanitaire valable ou base scientifique valable justifiant le maintien de l'obligation du port du couvre-visage et du masque pour qui que ce soit;
  - d) à la lumière de ce qui précède, l'intérêt du public serait mieux servi par l'émission de l'ordonnance d'injonction interlocutoire provisoire ou ordonnance de sauvegarde demandée, que par son rejet;
  - e) les demandeurs soumettent que c'est plutôt le maintien de l'obligation du port du couvre-visage et du couvre visage et du masque qui serait contraire à l'intérêt du public;
- iv) **l'urgence** : les demandeurs soumettent qu'il y a urgence à ce que le sursis/suspension de l'obligation du port du couvre visage et du masque soit ordonné en ce que :

- a) les droits et libertés de demandeurs, ainsi que ceux de la population du Québec, sont gravement atteints et brimés par l'obligation du port du couvre-visage et du masque et il y a urgence à intervenir à cet égard;
- b) il est urgent d'intervenir afin de prévenir des problèmes de santé physiques et psychologiques qui continueront d'être causés aux demandeurs, ainsi qu'à la population, par l'obligation du port du couvre-visage et du masque, alors qu'il n'existe aucun réel bénéfice découlant de cette mesure, tel que le démontre la science prépondérante exposée dans les diverses expertises produites par les demandeurs;
- c) la situation qui prévaut actuellement au Québec en lien avec la COVID-19 ne présente plus un caractère urgent ou sérieux justifiant le maintien d'une mesure telle que l'obligation du port du masque et du couvre-visage;

210. À la lumière de ce qui précède, les demandeurs allèguent et soutiennent que l'émission d'une ordonnance d'injonction interlocutoire provisoire ou d'une ordonnance de sauvegarde ordonnant le sursis/suspension de l'obligation du port du couvre-visage et du masque à quiconque et pour quelques circonstances que ce soit est justifiée, bien fondée et serait dans l'intérêt public;

211. Les demandeurs soumettent qu'il en est de même quant à l'émission d'une ordonnance d'injonction interlocutoire au même effet, le cas échéant, et ce, pour les mêmes motifs que ceux exposés ci-dessus;

## **X- LES CONCLUSIONS RECHERCHÉES**

### **POUR CES MOTIFS, PLAISE À LA COUR :**

**ACCUEILLIR** la présente demande;

### **PAR UN JUGEMENT AU MÉRITE :**

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

**DÉCLARER** inconstitutionnelles et illégales toutes les dispositions des décrets et arrêtés ministériels se rapportant à l'imposition/obligation du port

couvre-visage et du masque à quiconque et pour quelques circonstances que ce soit;

**ANNULER** l'imposition/obligation du port du couvre visage dans son ensemble pour toutes personnes et dans toutes circonstances et **ANNULER** toutes dispositions de décrets gouvernementaux ou d'arrêtés ministériels prévoyant une telle obligation, ainsi qu'**ANNULER** toutes règles et/ou directives émises par la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail imposant et/ou recommandant le port du couvre-visage, du masque et de la visière;

**PRONONCER** une ordonnance d'injonction permanente interdisant au Gouvernement du Québec et au Ministre de la Santé, qui sont représentés par le Procureur général du Québec en l'espèce, d'adopter des décrets et/ou arrêtés ministériels imposant/obligeant le port du couvre-visage et du masque à quiconque;

**PRONONCER** une ordonnance d'injonction permanente interdisant à la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail d'adopter et/ou d'émettre des règles ou directives imposant/obligeant ou recommandant le port du couvre-visage et du masque à quiconque;

**PRONONCER** l'exécution provisoire du jugement à intervenir nonobstant appel;

**PAR L'ÉMISSION D'UNE ORDONNANCE D'INJONCTION INTERLOCUTOIRE PROVISOIRE OU D'UNE ORDONNANCE DE SAUVEGARDE POUR VALOIR JUSQU'AU JUGEMENT AU MÉRITE OU POUR TOUTE AUTRE DURÉE QUE CETTE COUR ESTIMERA APPROPRIÉE :**

**ORDONNER** le sursis/la suspension de l'application de toutes les dispositions de décrets gouvernementaux et/ou d'arrêtés ministériels imposant/obligeant le port du couvre visage et du masque à qui que ce soit et pour quelques circonstances que ce soit;

**ORDONNER** le sursis/la suspension de toutes règles, directives et recommandations émises par la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail imposant/obligeant/recommandant le port du couvre-visage, du masque et de la visière à qui que ce soit;

**PRONONCER** l'exécution provisoire du jugement à intervenir nonobstant appel;

**PAR L'ÉMISSION D'UNE ORDONNANCE D'INJONCTION INTERLOCUTOIRE POUR VALOIR JUSQU'AU JUGEMENT AU MÉRITE :**

**ORDONNER** au Gouvernement du Québec et au ministre de la Santé, qui sont représentés aux présentes par le Procureur général du Québec, ainsi qu'à la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail, de cesser et de s'abstenir d'adopter quelque décret, arrêté ministériel, règles et directives que ce soit imposant le port du couvre-visage et du masque et de la visière à qui que ce soit et pour quelques circonstances et/ou raisons que ce soit;

**-OU-**

**ORDONNER** le sursis/la suspension de l'application de toutes les dispositions de décrets gouvernementaux et/ou d'arrêtés ministériels imposant/obligeant le port du couvre visage et du masque à qui que ce soit et pour quelques circonstances que ce soit;

**ORDONNER** le sursis/ la suspension de toutes règles, directives et recommandations émises par la Commission des normes de l'équité de la santé et de la sécurité du travail imposant/obligeant/recommandant le port du couvre-visage, du masque et de la visière à qui que ce soit;

**PRONONCER** l'exécution provisoire du jugement à intervenir nonobstant appel;

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

Montréal, le 15 juin 2021



---

**M<sup>e</sup> DOMINIC DESJARLAIS**

Avocat des demandeurs

1188, avenue Union, 6<sup>e</sup> étage, bureau 626

Montréal (Québec) H3B 0E5

Tél.: (514) 394-7728 | Téléc.: (514) 667-6037

Courriel: [Dominic@desjarlaisavocat.com](mailto:Dominic@desjarlaisavocat.com)

N/📁: 0652-001

Code d'impliqué: AQ-7690